DATI RIGUARDANTI IL TIROCINIO

DATA DI INIZIO: _____

DATA DI FINE: _____

NUMERO TOTALE DI ORE DI TIROCINIO SVOLTE: _____

GIUDIZIO FINALE SUL TIROCINANTE **(compilazione a cura del farmacista Tutore Professionale AL TERMINE DEL TIROCINIO)**	
☐ INSUFFICIENTE ☐ SUFFICIENTE ☐ DISCRETO ☐ BUONO ☐ OTTIMO	
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
Firma del Tutore Professionale: _____ **Firma del Titolare/Direttore: _____** **Data: _____**	**Timbro della Farmacia**