

**DATI RIGUARDANTI IL TIROCINIO DI** \_\_\_\_\_

**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)**

N.B: L'eventuale compilazione delle righe sottostanti il giudizio deve riguardare le effettive conoscenze pratico-professionali acquisite dallo studente

INSUFFICIENTE

SUFFICIENTE

DISCRETO

BUONO

DISTINTO

OTTIMO

**Firma del Tutore Professionale:** \_\_\_\_\_

**Firma del Titolare/Direttore:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_

**Timbro della Farmacia**

