

ALL'ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI _____

MODENA, li _____

OGGETTO : COMUNICAZIONE INIZIO TIROCINIO

**Io sottoscritto dr. _____, titolare/direttore della
farmacia/farmacia ospedaliera _____, sita in
_____, Via _____,**

**avendo aderito alla Convenzione tra L'ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI
_____ e il DIPARTIMENTO DI SCIENZE DELLA VITA**

**DELL'UNIVERSITÀ DI MODENA E REGGIO EMILIA per lo svolgimento del tirocinio professionale
degli studenti dei corsi di studio in FARMACIA e in CHIMICA E TECNOLOGIA FARMACEUTICHE**

**(CTF), dichiaro che il/la studente/studentessa
_____ nato/a _____**

il _____ residente a _____, in

Via _____ iscritto/a al Corso di studio in:

☐ **FARMACIA**

☐ **CTF**

presso l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, inizierà in data _____

il Trimestre/ semestre di frequenza per il tirocinio pratico presso questa farmacia/farmacia ospedaliera.

Tutore aziendale per il presente tirocinio: dr. _____

**Si precisa che, in caso di avvicendamento di più tutori aziendali nel periodo di svolgimento del tirocinio,
sarà necessario rinnovare la presente comunicazione, specificando, per ciascun tutore, il periodo di
competenza.**

In fede

(timbro farmacia e firma titolare)

(spazio riservato a convalida Ordine)