

Il /la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_chiede di riconoscere il tirocinio professionale svolto nella farmacia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tutor professionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tutor accademico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iniziato in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e concluso in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore totali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_come Tirocinio pratico-valutativo ai fini dell’accesso alla Prova pratico-valutativa.

Da inviare debitamente compilato al presidente di corso di studio via mail.