

Timbro farmacia

_____, li _____

Al Preside della
Facoltà di Farmacia
Università degli Studi

All'Ordine dei Farmacisti
Della Provincia di _____

Al Responsabile del
Servizio Farmaceutico
dell'Unità Sanitaria Locale
N° ____ di _____

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____

Presa visione della normativa relativa alla convenzione di tirocinio di formazione e orientamento,
s'impegna su proposta dell'Università degli Studi di Cagliari ad accogliere presso la propria
struttura per 36 ore settimanali a partire dal _____ fino alla scadenza dei ____ mesi
previsti, il /la Sig./Sig.ra _____

Residente in _____ Via _____

Il/la suddetto/a tirocinante _____ con matricola n° _____

laureando/a presso la Facoltà di Farmacia di Cagliari.

Corso di laurea specialistica in _____

Firma per presa visione e
Accettazione del tirocinante

Sottoscrizione per il soggetto ospitante
(timbro e firma)