

Timbro della Farmacia

_____, li _____

Al Presidente della
Facoltà di Biologia e Farmacia
Università degli Studi
di Cagliari

All'Ordine dei Farmacisti
della Provincia di Oristano

Al Responsabile del
Servizio Farmaceutico
della ASSSL di Oristano

Il/la sottoscritto/a Dr./ssa _____

Titolare della Farmacia sita in _____ in via
_____, comunica che il giorno _____

lo/a studente/ssa _____,

nato/a _____ il _____, iscritto/a al _____ anno del Corso di
Laurea Magistrale in _____, Matricola n° _____

ha terminato, ai sensi del D.P.R. 30/09/1938, n° 1652 e del D.P.R. 22/09/1972 n° 739, il prescritto
tirocinio di pratica professionale, acquisendo n° _____ crediti.

Con osservanza

Il Titolare della Farmacia

Per accettazione
(Lo studente)

Timbro della Farmacia