

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