



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI DI BARI  
ALDO MORO

All'Ordine dei Farmacisti  
della Provincia di .....

Sezione Segreteria Studenti  
U.O. Farmacia  
Via Orabona, 4 - BARI

**Oggetto: Tirocinio professionale in farmacia**

ALLEGATO N. 5 AL REGOLAMENTO DEL TIROCINIO PRATICO PROFESSIONALE PER GLI STUDENTI DEI CORSI DI LAUREA  
MAGISTRALE DELLA CLASSE LM-13 IN FARMACIA E CHIMICA E TECNOLOGIA FARMACEUTICHE

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

**RESPONSABILE della FARMACIA OSPITANTE** \_\_\_\_\_

sita in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

**ATTESTA**

che lo/la studente \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Matr. n. \_\_\_\_\_

- Iscritto/a al corso di laurea specialistica/magistrale a ciclo unico in Farmacia  
 Iscritto/a al corso di laurea specialistica/magistrale a ciclo unico in Chimica e Tecnologia Farmaceutiche

ha effettuato il prescritto semestre di **Tirocinio Pratico Professionale**

dal giorno \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_ con la partecipazione assistita e verificata  
alle attività di questa farmacia in rapporto alle finalità del tirocinio sotto la guida del Tutor Professionale  
dr./dr.ssa \_\_\_\_\_

Detto Tirocinio è stato effettuato ai sensi dell'art. 44, comma 2, lettera B della Direttiva Comunitaria 2005/36 CE.

Data,

Il Responsabile della Farmacia ospitante  
Timbro e Firma

Il Tutor Accademico  
Timbro e Firma

Il Tutor Professionale  
Timbro e firma

**N.B.** Il presente modulo deve essere consegnato all'Ufficio Segreteria Studenti ubicato al piano terra del  
Palazzo sede del Dipartimento di Farmacia-Scienze del Farmaco.