



Consulta Regionale degli
Ordini
dei Farmacisti di Puglia

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.