

**FARMACIA** \_\_\_\_\_

**Al Serv. Farmac. ASL.** \_\_\_\_\_

**p.c. ORDINE DEI FARMACISTI  
DI MATERA**

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa \_\_\_\_\_ - nata a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ - titolare della farmacia  
urbana/rurale sita in \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

che lo/la studente/ssa \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ via  
\_\_\_\_\_, iscritta al Corso di laurea in Farmacia/CTF presso  
l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ n°Matricola \_\_\_\_\_ ha  
effettuato la prescritta pratica professionale (Dir. CEE n. 85/432) presso la propria  
farmacia

dal giorno \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (sei mesi)  
data \_\_\_\_\_

**In fede**

\_\_\_\_\_

Visto del competente Ordine Professionale (se richiesto dall'Università)  
Prot. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_