

SPETT. SERVIZIO FARMACEUTICO  
AZIENDA SANITARIA MATERA  
VIA MONTECAGLIOSO  
75100 – MATERA

SPETT. ORDINE DEI FARMACISTI  
PROVINCIA DI MATERA  
VIA OLIVETTI, 151  
75100 – MATERA

Oggetto: Inizio tirocinio (Dir. CEE n. 85/432)

Il/la sottoscritto/a dr./dr.ssa \_\_\_\_\_, titolare/direttore  
della Farmacia \_\_\_\_\_ sita in \_\_\_\_\_

COMUNICA

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

- nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- residente in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_,

iscritto/a al Corso di Laurea in Farmacia/C.T.F. presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_

eserciterà dal giorno \_\_\_\_\_ il prescritto tirocinio (Dir. CEE n. 85/432) nei seguenti

orari \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del Titolare e timbro della farmacia

\_\_\_\_\_