

PROGETTO ALTERNANZA SCUOLA-LAVORO

FARMACIA/PARAFARMACIA _____

VIA _____ N. _____

CAP _____ COMUNE _____ (MT)

**AL SERVIZIO FARMACEUTICO
A.S.M.
Via Montescaglioso, s.n.
75100 – MATERA**

**ALL'ORDINE DEI FARMACISTI
DELLA PROVINCIA DI MATERA
Via Adriano Olivetti, 151
75100 – MATERA**

Il/la sottoscritto/a _____ titolare/direttore della

farmacia/parafarmacia _____ sita in _____

alla via _____ n. _____

Con la presente comunica a Codesti spett. Enti che prestano nella farmacia/parafarmacia attività didattica di cui alla legge n. 107/2015 e D.M. 03/11/2017 n. 195 gli studenti:

- _____ nato/a a _____ il _____

frequentante la _____ classe disciplina _____

dell'Istituto scolastico _____

dal _____ al _____

- _____ nato/a a _____ il _____

frequentante la _____ classe disciplina _____

dell'Istituto scolastico _____

dal _____ al _____

- _____ nato/a a _____ il _____

frequentante la _____ classe disciplina _____

dell'Istituto scolastico _____

dal _____ al _____

Distinti saluti.

Luogo e data _____

Firma e timbro

ALL.: _____
