



RICHIESTA DI AMMISSIONE AL TIROCINIO PROFESSIONALE IN FARMACIA

Da consegnare prima dell'inizio del periodo di Tirocinio presso l'Ufficio area didattica
del Dipartimento di Scienze e Tecnologie Ambientali, Biologiche e Farmaceutiche
I Piano - Via Vivaldi 43 - Caserta

Il\La sottoscritto\sa _____
matr. _____ iscritto\sa al _____ anno di corso nell'anno accademico _____
nato\sa a _____ il _____, domiciliato\sa in
_____ prov. _____ via _____
_____ cell. _____ Tel. _____
avendo superato gli esami di Farmacologia e Farmacoterapia I e Tecnologie e Legislazione
Farmaceutica I,

richiede

di svolgere il periodo di Tirocinio Professionale obbligatorio presso la Farmacia
_____ (n° codice Farmacia assegnato dall'ASL _____)
del Dott. (Titolare\Direttore) _____ sita in
_____ prov. _____ Via _____ Tel. _____,
sotto la responsabilità del\dei Dott. _____

A partire dal _____ **al** _____

Firma del Farmacista Titolare\ Direttore _____
Firma del Farmacista Tutor (se diverso) _____
Indirizzo email PEC Farmacia _____

Timbro Farmacia

La suddetta farmacia afferisce all'Ordine dei Farmacisti della provincia di _____
Data di presentazione all'Ordine _____

Indirizzo email PEC Ordine _____

Timbro e firma
dell'ordine

Io sottoscritto prof. _____ sono disponibile a ricoprire la funzione
di tutor accademico, incaricato dall'Università al fine di monitorare il tirocinio.
Firma del Tutor Accademico _____

Data consegna modulo _____ Firma dello studente _____

NB: Le farmacie non possono accettare come tirocinanti studenti che siano parenti fino al 2° grado del
titolare o del direttore.