**AL MAGNIFICO RETTORE DELL’UNIVERSITA’**

**DEGLI STUDI DEL PIEMONTE ORIENTALE**

**“AMEDEO AVOGADRO**”

Per presa visione il Tutore della Farmacia (NOME E COGNOME) ……………………………………

Firma …………………………………………………………

Il/La sottoscritt ……………………………….

Matricola n.

iscritt… al anno del corso di laurea Specialistica/Magistrale a ciclo unico in:

□ CHIMICA E TECNOLOGIA FARMACEUTICHE

□ FARMACIA

del Dipartimento di Scienze del Farmaco di codesta Università

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e

dichiarazioni mendaci (art. 76, d.P.R. 445/2000) sotto la sua personale responsabilità

**DICHIARA**

di aver terminato il tirocinio professionale in Farmacia, secondo quanto richiesto dalla normativa vigente, in data……………..

Il/La sottoscritt…. dichiara inoltre che il tirocinio è stato svolto in osservanza dei requisiti richiesti ed in particolare dichiara:

* il tirocinio è stato svolto per 6 mesi, a partire dal ………..…… e sino al ….………..compreso
* i giorni di effettiva frequentazione della farmacia sono …………….
* Il monte ore maturato è di …………..ore

[Luogo, data]

…………….., ……………………………..….

Firma

…..…………………………