**AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO**

**DI SCIENZE FARMACEUTICHE**

**DELL’UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PERUGIA**

**DICHIARAZIONE DI RICONOSCIMENTO CREDITI DEL TIROCINIO PROFESSIONALE IN FARMACIA**

**(TIROCINIO PRATICO VALUTATIVO)**

Il/la sottoscritto/a, Dott./ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titolare o Direttore della Farmacia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

situata nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_

Cap. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

che \_\_il/la\_\_ Sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ matricola n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

iscritto/a al CdLM in **FARMACIA/CHIMICA E TECNOLOGIA FARMACEUTICHE** presso l’Università degli Studi di Perugia,

HA SVOLTO 300 ORE DI TIROCINIO PROFESSIONALE – TIROCINIO PRATICO VALUTATIVO (equivalenti a 10 CFU), dal\_\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Il Titolare o Direttore della Farmacia

*Timbro e firma per esteso*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Tirocinante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_