

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