

**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
