



Università degli Studi "G. d'Annunzio"
Chieti-Pescara
Segreteria Studenti di FARMACIA
Tel. 0871-3555355 ≈ Fax 0871-3555870

COMUNICAZIONE di INIZIO TIROCINIO

Alla Segreteria Studenti di Farmacia
Università degli Studi "Gabriele d'Annunzio" (fax 0871-3555870, e-mail segreteriafarmacia@unich.it)

Al Presidente dell'Ordine dei Farmacisti
della Provincia di.....

Al Responsabile del Servizio Farmaceutico
Dell'ASL di.....

Il/La sottoscritto/a Dott..... Titolare o Direttore della
Farmacia..... sita nel comune di
..... Prov. Tel
convenzionata con l'Ordine dei Farmacisti di avente come tutor di sede il
dott. appartenente all'ASL n.
prov. di

DICHIARA

che il/la Sig.matricola n.....
iscritto/a presso l'Università degli Studi "Gabriele d'Annunzio" al

Corso di Studio in Farmacia

Corso di Studio in CTF

in ottemperanza a quanto stabilito dalla Direttiva 85/432/CEE, dalle ministeriale prot. n.438 del 28.02.2000 e
prot. n.570 dell'11.03.2011, ha dato inizio al periodo di tirocinio, da svolgersi per un minimo di 36 ore
settimanali, a tempo pieno, per una durata di

tre mesi per complessive 450 ore

sei mesi per complessive 900 ore,

presso la suddetta Farmacia in data..... (primo giorno di pratica professionale indicato sul libretto);

di non superare il numero massimo di tirocinanti che questa farmacia si è dichiarata disponibile ad
accogliere contemporaneamente;

di non essere parente del tirocinante fino al quarto grado.

Le suddette dichiarazioni si intendono rese ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000.

Luogo e data.....

Firma del Titolare/Direttore
e timbro della Farmacia

Firma del Tutor aziendale

Firma del tirocinante per conferma ed accettazione