

ALL'ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI VICENZA

OGGETTO: COMUNICAZIONE INIZIO TIROCINIO

Il sottoscritto Dott. _____

titolare della Farmacia _____

sita in _____

Via _____

DICHIARA CHE

il/la Dott./Dott.ssa _____,

nato/a a _____ il _____,

residente a _____

in Via _____,

iscritto/a al Corso di Laurea in Farmacia / Chimica e Tecnologia Farmaceutica presso l'Università degli studi di _____, ha iniziato in data _____ il semestre di frequenza per il tirocinio pratico presso questa Farmacia.

_____ li, _____

In fede
