

FARMACIA _____

Al Serv. Farmac. ASL. _____

**p.c. ORDINE DEI FARMACISTI
DI MATERA**

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa _____ - nata a _____ il
_____ e residente a _____ - titolare della farmacia
urbana/rurale sita in _____ in via _____

DICHIARA

che lo/la studente/ssa _____, nato/a a _____ il
_____ e residente in _____ via
_____, iscritta al Corso di laurea in Farmacia/CTF presso
l'Università degli Studi di _____ n°Matricola _____ ha
effettuato la prescritta pratica professionale (Dir. CEE n. 85/432) presso la propria
farmacia

dal giorno _____ al _____ (sei mesi)
data _____

In fede

Visto del competente Ordine Professionale (se richiesto dall'Università)
Prot. _____ del _____