



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

Scuola di
Scienze della
Salute Umana

Corso di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in C.T.F.

Il/La sottoscritto/a

Nato a _____ **() il** _____

Matricola _____

Iscritto per l'anno accademico ____/____ **al** _____ **anno**

**Preso atto delle norme che Regolamentano (art. 4) lo
svolgimento del Tirocinio Professionale**

C H I E D E

di poter svolgere detto tirocinio presso la Farmacia

con sede in

Via

Dal _____ **al** _____

Firenze, _____

Firma Studente



FARMACIA AUTORIZZATA _____

TITOLARE _____

TUTOR _____

**Il Responsabile della Farmacia, presa visione della
convenzione e del Regolamento per il Tirocinio Professionale**

ACCOGLIE

Il/la tirocinante _____

Presso la propria struttura dal _____ **al** _____

Timbro della Farmacia

Firma Titolare della Farmacia