



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

Scuola di
Scienze della
Salute Umana

Corso di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in FARMACIA

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