

**Al Preside della
Facoltà di Farmacia**
Università degli Studi di Trieste
p. le Europa, 1
34127 **TRIESTE**

e p.c **All'Ordine dei Farmacisti**
della Provincia di.....

Il sottoscritto, Dott.....

Titolare o Direttore della Farmacia.....

Sita in(Provincia di.....),

via....., tel.....

dichiara che in datalo studente

.....
**ha concluso il periodo di Tirocinio di Pratica Professionale, svolto in accordo con le vigenti
disposizioni legislative nazionali e comunitarie.**

Firma: IL TITOLARE DELLA FARMACIA

Oppure

IL DIRETTORE DELLA FARMACIA

Data.....