

Farmacia \_\_\_\_\_

li, \_\_\_\_\_

Spett.le ORDINE FARMACISTI DELLA PROVINCIA  
DI TRIESTE  
34122 Piazza S. Antonio Nuovo 4  
TRIESTE

Oggetto: Atto di adesione alla Convenzione tra l'Università degli Studi di Trieste e l'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Trieste per attività di tirocinio formativo e di orientamento  
(L. 24.06.1997 n. 196 – D.M. 25.03.1998 n. 142 – D.M. 03.11.1999 n. 509 – D.M. 04.08.2000 – D.M. 28.11.2000)

Il sottoscritto dr. \_\_\_\_\_, titolare della Farmacia \_\_\_\_\_ sita in \_\_\_\_\_ (TS), aderisce alla Convenzione di cui all'oggetto tra l'Università degli Studi di Trieste e l'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Trieste e chiede di essere autorizzato ad accogliere studenti per il tirocinio professionale.

Dichiara di aver preso visione della Convenzione e del Regolamento e ne sottoscrive integralmente i contenuti.

Al riguardo comunica quanto richiesto:

La Farmacia (ragione sociale) \_\_\_\_\_

Nome e cognome del responsabile (titolare / direttore) \_\_\_\_\_

Indirizzo (Via, n., Cap, Comune) \_\_\_\_\_

Organico della farmacia (n. laureati)

Numero massimo di tirocinanti che potrebbe accogliere

Nominativo del/i tutore/i professionale/i previsto/i \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Firma e Timbro Farmacia*

