

FARMACIA

Matr. _____

**AL MAGNIFICO RETTORE
DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI CATANIA**

____ SOTTOSCRITT _____

NAT ____ A _____ PROV (____) IL _____,

TEL. _____,

DICHIARA

- DI ESSERE REGOLARMENTE ISCRITT ____ AL IV° ANNO AL V° ANNO DEL
C.d.L.S. IN FARMACIA;
- DI AVER ACQUISITO TUTTE LE FREQUENZE RELATIVE AL PREDETTO ANNO ;

CHIEDE

DI POTER FREQUENTARE IL SEMESTRE DI PRATICA FARMACEUTICA PRESSO LA
FARMACIA DEL DOTT. _____ SITA
IN _____ VIA _____,
TEL _____.

DICHIARO DI NON AVERE NESSUN GRADO DI PARENTELA CON IL TITOLARE DELLA
SUDETTA FARMACIA.

CATANIA, _____

TIMBRO E FIRMA DEL FARMACISTA

CON OSSERVANZA

COGNOME E NOME TUTOR PROFESSIONALE

FIRMA TUTOR PROFESSIONALE

.....