

Modulo di adesione alla convenzione per il tirocinio professionale

Il/la sottoscritto/a.....

Titolare della Farmacia.....

Via/P.zza.....

Comune di Prov.....

presa visione del regolamento che tratta del tirocinio pre-laurea previsto per gli studenti del corso di Laurea in Farmacia e CTF, decide di aderire alla convenzione stipulata tra il Dipartimento di Farmacia dell'Università di Pisa e l'Ordine dei Farmacisti della provincia di, dichiara che l'organico della Farmacia è composto da n° Farmacisti. Disponibilità ad ospitare un numero massimo di tirocinanti contemporaneamente.

Data

Firma del titolare / direttore
e timbro della Farmacia