

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 sul tirocinio pratico valutativo](#) (TPV), abilitante alla professione di farmacista, previsto per gli studenti del corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in Farmacia e Chimica e Tecnologia Farmaceutiche, decide di aderire alla convenzione stipulata tra il Dipartimento di Farmacia dell'Università di Pisa e l'Ordine dei Farmacisti della Provincia di, stipulata in data ; dichiaro 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