

FARMACIA

.....

Via N.

Telefono

e-mail.....

Atto di adesione

Il/La sottoscritt__

TITOLARE
DIRETTORE della farmacia

Sita inVia.....N.....

- dopo aver preso visione del Regolamento della Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia - Facoltà di Farmacia - per il tirocinio professionale previsto per studenti del Corso di Laurea Specialistica magistrale in Farmacia e CTF

Dichiara

di aderire alla Convenzione stipulata tra codesto Ordine e la sopra indicata Università.

Numero massimo di tirocinanti accettati per ogni anno accademico

TUTOR: Dott. (obbligatorio in caso di più tirocinanti)

- Il rapporto tra Tutor aziendali e Tirocinanti deve essere 1:1 -

In fede.

.....
(firma)