

FARMACIA

.....

.....

### **Atto di adesione**

Il/La sottoscritt\_ .....

TITOLARE  
DIRETTORE della farmacia.....

Sita in .....Via.....N.....

dopo aver preso visione del Regolamento della Università di Pisa- Facoltà di Farmacia per il tirocinio professionale previsto per studenti del Corso di Laurea in farmacia, Laurea Specialistica in Farmacia e CTF

**dichiara**

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

In fede.

.....

(firma)