

FARMACIA

.....

.....

Atto di adesione

Il/La sottoscritt__

TITOLARE

DIRETTORE

della farmacia

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

- dopo aver preso visione del Regolamento della Università di SIENA - Facoltà di Farmacia per il tirocinio professionale previsto per studenti del Corso di Laurea Specialistica 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
.....

In fede.

.....

(firma)