

11/02/2013

**MODULO PER LA RICHIESTA AUTORIZZAZIONE**  
**TIROCINIO PROFESSIONALE**

**RAGIONE SOCIALE:**

.....  
.....

**Nome e Cognome Titolare/Direttore:**

.....  
.....

**Indirizzo Farmacia- cap - telefono e Fax:**

.....  
.....

**Superficie Complessiva:**

Dimensioni area per Preparazioni Galeniche: \_\_\_\_\_

Attrezzature presenti:

.....  
.....  
.....  
.....

**Organico della Farmacia:**

.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

**Numero massimo di Tirocinanti previsti contemporaneamente:** \_\_\_\_\_

**Nome e Cognome TUTOR:**

.....

Dichiaro, sotto la mia responsabilità, di aver preso visione della Convenzione e del Regolamento relativi allo svolgimento del Tirocinio Professionale in farmacia e di sottoscriverne integralmente i contenuti.

Data.....

Firma del Responsabile.....