

FARMACIA

.....

.....

Telefono:.....

Atto di adesione

Il/La sottoscritt__

TITOLARE

DIRETTORE della farmacia

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

dopo aver preso visione del Regolamento della Università di SIENA –
Dipartimento di Biotecnologie, Chimica e Farmacia - per il tirocinio
professionale previsto per studenti

- dei Corsi di Laurea Specialistica a normativa U.E. in Farmacia e in Chimica e Tecnologia farmaceutiche (classi 14/S- Farmacia e Farmacia Industriale)
- e dei Corsi di Laurea Magistrale a normativa UE IN Farmacia e in Chimica e Tecnologia Farmaceutiche (LM-13 Farmacia e Farmacia Industriale)

dichiara

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

Numero massimo di tirocinanti accettati per ogni anno accademico

(numero massimo per ogni anno accademico non superiore a 4 contemporaneamente)

In fede.

.....

(firma)