



UNIVERSITÀ DI PARMA

SCRIVERE IN STAMPATELLO

MARCA DA BOLLO
da 16 €

Al Magnifico Rettore
Università degli Studi di Parma
e p/c
Direttore Dipartimento di
Scienze degli Alimenti e del Farmaco

Matricola N.

Io sottoscritt__ nat__ a il
.....

residente a(.....)

Via n.....CAP tel /..... cellulare.....

e-mail Iscritt__ per l'anno accademico al Corso di Laurea in:
.....

CHIEDE

di svolgere il **tirocinio professionale** a tempo pieno dal al

presso la Farmacia

sita in

Sotto la responsabilità del Dott.

quale Tutore Professionale e con la supervisione del Dott./Prof.

quale Tutore Accademico

Con ossequio

Parma,

Firma dello Studente

Visto il Tutore Accademico

Per accettazione:
(Timbro della farmacia e firma del Titolare/ Direttore della farmacia)

Per nulla-osta:
(Timbro e firma del Presidente provinciale dell'Ordine dei farmacisti)

Al Direttore del Dipartimento
di Scienze degli Alimenti e del Farmaco
per competenza
il Rettore