



1506
UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI URBINO
CARLO BO

**AUTOCERTIFICAZIONE DI CONCLUSIONE
DELLO SVOLGIMENTO DI TIROCINIO OBBLIGATORIO
FARMACISTA E CHIMICA E TECNOLOGIA FARMACEUTICHE**

Il sottoscritto:

cognome.....

nome.....

nato a..... il.....

residente a..... via..... cap.....

DICHIARA

Per i laureati in Chimica e tecnologia farmaceutiche candidati all'abilitazione di Farmacista:

• di aver svolto e completato il prescritto tirocinio pratico (semestrale) durante il corso di laurea

post-lauream: dal _____ al _____

presso _____

Per i laureati in Farmacia:

• di aver svolto e completato il prescritto tirocinio pratico (semestrale) durante il corso di laurea

post-lauream: dal _____ al _____

presso _____

Luogo e data _____

Firma per esteso _____