

**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 _____