

**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 \_\_\_\_\_