**CONVENZIONE PER LO SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO PROFESSIONALE**

**DEI CORSI DI LAUREA IN FARMACIA E IN CHIMICA E TECNOLOGIA FARMACEUTICHE**

**DELL'UNIVERSITÀ DI PARMA**

**Al Presidente**

**dell'Ordine dei Farmacisti**

**di Reggio Emilia**

Il sottoscritto Dr Titolare/Direttore della Farmacia   
sita in Via

Preso atto della convenzione tra l'Ordine dei Farmacisti e l'Università di Parma per lo svolgimento del Tirocinio pratico-professionale degli studenti dei Corsi di Laurea in Farmacia e Chimica e Tecnologia Farmaceutiche, e del regolamento di detto tirocinio redatto dal Dipartimento di Scienze degli Alimenti e del Farmaco,

CHIEDE

di poter aderire incondizionatamente e si impegna ad impartire il tirocinio agli studenti di Farmacia e CTF che vorranno farne richiesta alle condizioni indicate dal regolamento stesso.

Ai sensi di quanto previsto dal sopra citato Regolamento, dichiaro la disponibilità della farmacia ad accogliere contemporaneamente un numero massimo di studenti pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Individua inoltre quali referenti e tutor aziendali della Farmacia e nei rapporti con l’Università

Il Dr

Il Dr

Reggio Emilia, lì

Timbro della Farmacia

Il Titolare/Direttore  
della Farmacia

Dott.