

**CONVENZIONE PER LO SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO PROFESSIONALE DEL
CORSO DI LAUREA DI FARMACIA DELL'UNIVERSITA' DI PARMA**

Al Presidente dell'Ordine
Dei Farmacisti di RE

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 del Corso di Laurea in Farmacia e
Chimica e Tecnologia Farmaceutica, e del regolamento di detto tirocinio redatto dalla Facoltà di
Farmacia,

dichiara di 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.
Individua inoltre il Dott.....quale referente della Farmacia nei rapporti
con l'Università.

.....Il.....

Il Titolare/Direttore della Farmacia
Dott.....