

Modulo di richiesta di autorizzazione per l'accoglimento di tirocinanti

Al Direttore del Dipartimento di Scienze Chimiche e Farmaceutiche dell'Università di Trieste.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il

Titolare della Farmacia _____

con sede a _____ Prov. _____

in Via _____ Tel. _____

e-mail _____

PEC _____

sito web _____

Codice fiscale e/o Partita IVA _____

presa visione del Regolamento di Tirocinio Professionale, chiede di convenzionare la Farmacia di cui è Titolare con il Dipartimento di Scienze Chimiche e Farmaceutiche dell'Università di Trieste al fine di accogliere studenti dei Corsi di Studio in Farmacia ed in Chimica e Tecnologia Farmaceutiche per l'espletamento del Tirocinio semestrale obbligatorio.

L'organico della Farmacia è di _____ dipendenti oltre al Titolare ed è in grado di accogliere sino a _____ tirocinanti all'anno.

Data _____

(timbro e firma del Titolare)