

BOLLO
DA
EURO
10,33

AL MAGNIFICO RETTORE DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI NAPOLI
FACOLTA' DI FARMACIA

Il sottoscritto Dr. _____

Nato a _____ residente in _____

Alla via _____

Titolare della Farmacia sita in _____

ATTESTA

Che il sig. _____ iscritto alla Facoltà di Farmacia di
Napoli matricola _____ ha svolto il tirocinio di pratica farmaceutica presso la
mia Farmacia, per sei mesi dal _____ al _____, per 36 ore settimanali.

Data _____

Timbro e firma del Titolare