

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	Comunicazione inizio_fine tirocinio (FT.MO.2341.01).doc
		pag1/1

Al Direttore SC Farmaceutica
 Territoriale
 ASL VC

**COMUNICAZIONE DI INIZIO/FINE TIROCINIO
 PRATICO - PROFESSIONALE**

Il/La sottoscritto/a Dott. _____ Titolare/Direttore della
 Farmacia _____ sita
 a _____ Via _____ n. _____

COMUNICA

che il/la Sig. _____ nato/a a
 _____ Prov. _____ il _____ residente a
 _____ in Via _____ n. _____
 iscritto/a al _____ anno del Corso di Laurea in _____ presso
 l'Università degli Studi _____

HA INIZIATO LA PRESCRITTA PRATICA PROFESSIONALE

per un totale di ore _____ dal _____ al _____ a norme
 del vigente regolamento e che il tutor aziendale incaricato/a della formazione è il/la Dott.

Vercelli, li

(firma del tutor aziendale)

(timbro e firma della farmacia)

Stesura: Dr.ssa Rossana Monciino	Verifica: Dr.ssa Antonietta Barbieri	Autorizzazione: Dr.ssa Antonietta Barbieri	Emissione: Dr.ssa Rossana Monciino
<i>Dirigente Farmacista SC Farmaceutica Territoriale – Marzo 2019</i>	<i>Direttore ff SC Farmaceutica Territoriale – Marzo 2019</i>	<i>Direttore ff SC Farmaceutica Territoriale – Marzo 2019</i>	<i>Dirigente Farmacista SC Farmaceutica Territoriale – Marzo 2019</i>
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.			