



# UNIVERSITÀ DI PARMA

SCRIVERE IN STAMPATELLO

Marca da bollo VIRTUALE da  
richiedere alla  
**Segreteria Studenti**  
**segreteria.farmacia@unipr.it**

Al Magnifico Rettore  
Università degli Studi di Parma  
e p/c  
Direttore Dipartimento di  
Scienze degli Alimenti e del Farmaco

Matricola N. ....

Io sottoscritt\_\_ ..... nat\_\_ a ..... il  
.....

residente a .....(.....)

Via ..... n.....CAP ..... tel ..... /..... cellulare.....

e-mail ..... Iscritt\_\_ per l'anno accademico ..... al Corso di Laurea in:  
.....

## CHIEDE

di svolgere il **tirocinio professionale** a tempo pieno dal ..... al .....

presso la Farmacia .....

sita in .....

Sotto la responsabilità del **Tutore Professionale**, Dott. ....

e con la supervisione del **Tutore Accademico**, Prof. ....

Con ossequio

Parma, .....

**Firma dello Studente** .....

**Visto il Tutore Accademico** .....

**Per accettazione:** .....

(Timbro della farmacia e firma del Titolare/ Direttore della farmacia)

**Per nulla-osta:** .....

(Timbro e firma del Presidente provinciale dell'Ordine dei farmacisti)