



**ORDINE DEI FARMACISTI  
DELLA PROVINCIA DI MACERATA**

## **Tirocinio Professionale**

Modulo di adesione per farmacie

Io sottoscritto, Dr./Dr.ssa .....  
(recapito telefonico .....) iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti  
della provincia di Macerata al nr. ...., in qualità di .....  
della Farmacia .....  
di .....

si dichiara

di voler essere inserito nell'elenco delle farmacie disponibili al tirocinio  
professionale in farmacia da parte degli studenti della Facoltà di Farmacia di  
Camerino o altre Università, impegnandosi a collaborare alla docenza, sotto  
la supervisione ed il coordinamento del Consiglio Direttivo dell'Ordine dei  
Farmacisti di Macerata.

Dichiara inoltre che finché farà parte della suddetta lista sarà disponibile ad  
accogliere tutti gli studenti che ne faranno richiesta (non più di due  
contemporaneamente) e comunque in qualsiasi momento voglia ritirarsi dalla  
lista, sarà libero di farlo previa comunicazione all'Ordine Professionale dei  
Farmacisti di Macerata.

.....  
(luogo e data)

FIRMA

.....