



**ORDINE DEI FARMACISTI
DELLA PROVINCIA DI MACERATA**

Modulo di richiesta riconoscimento crediti ECM Tutor

Al Presidente
Dell'Ordine dei Farmacisti
Di Macerata

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

dichiara

di aver svolto attività di tutorato nei confronti dello studente della Facoltà di:
.....(nome e cognome)

matr.

nel seguente periodo: dal/...../..... al/...../.....

Distinti saluti.

.....

(luogo e data)

FIRMA

.....

Università di

Si confermano le dichiarazioni rese dal dott./dott.ssa,
si comunica, inoltre, che lo studente ha superato
l'esame relativo al tirocinio sopra-citato.

Luogo e data

Firma