

SPETT.LE A.S.L. _____
Ufficio Farmaceutico

SPETT.LE ORDINE DEI FARMACISTI
DELLA PROVINCIA DI NAPOLI
Via Toledo n. 156
80133 ----- N A P O L I

e p.c.

SPETT.LE
DIREZIONE GENERALE PER LA TUTELA
DELLA SALUTE E COORDINAMENTO
DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE
Centro Direzionale Isola C 3
80100 ----- N A P O L I

L O R O S E D I

Oggetto: Pratica professionale (Art. 6 Legge 892/1984)

Il/a sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il ____/____/____ Titolare della Farmacia _____
sita in _____ alla via _____
n° _____

COMUNICA

Che il Dr./ssa _____, nato/a _____ il ____/____/____
iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Napoli al n° _____, a far data ____/____/____ effettuerà
pratica professionale al fine di acquisire le necessarie cognizioni per il corretto esercizio della professione di
Farmacista per n° ore ____ mensili.

Distinti saluti

_____/____/____

Il Titolare

(timbro e firma)

=====

(spazio riservato al praticante)

Il sottoscritto _____, nato a _____
il ____/____/____ laureato in _____ ed iscritto all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Napoli
al n° _____

DICHIARA

Di accettare a far data dal giorno ____/____/____, la collaborazione di **Pratica Professionale** presso la Farmacia
_____.

Allega alla presente, per la ASL in indirizzo, la seguente documentazione:

- Autocertificazione di iscrizione all'Albo Professionale.
- Fotocopia di documento valido di riconoscimento.

Distinti saluti

_____/____/____

Il Collaboratore
