



**Università degli Studi "G. d'Annunzio"  
Chieti-Pescara  
Dipartimento di FARMACIA**



**COMUNICAZIONE di INIZIO TIROCINIO**

Rif.: progetto prot. n. .... rep. n. .... del .....

Alla segreteria didattica del Dipartimento di Farmacia dell'Università degli Studi "Gabriele d'Annunzio" [dipartimento.farmacia@unich.it](mailto:dipartimento.farmacia@unich.it) (da inviare il giorno di inizio alla segreteria didattica e da consegnare insieme al libretto di tirocinio alla fine del periodo di pratica professionale)

Il/La sottoscritto/a Dott. .... Titolare/Responsabile  
dell'Azienda o Ente convenzionato.....  
sita nel comune di ..... Prov. .... Tel .....  
avente come tutor di sede il Dott. ....

**DICHIARA**

che il/la Sig. ....matricola n.....  
iscritto/a presso l'Università degli Studi "Gabriele d'Annunzio" al Corso di Laurea in TESTA ha dato inizio al  
periodo di tirocinio di pratica professionale da svolgersi per una durata di:

1 mese per complessive 50 ore     2 mesi per complessive 100 ore,     3 mesi per complessive 150 ore  
presso la suddetta Azienda o Ente convenzionato in data..... (primo giorno di tirocinio indicato sul  
libretto);

Le suddette dichiarazioni si intendono rese ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000.

Luogo e data.....

Firma del Titolare/Responsabile  
e timbro dell'Azienda o Ente convenzionato

Firma del Tutor aziendale

.....

.....

Firma del tirocinante per conferma ed accettazione

.....