

**Oggetto: attestazione dell'attività di tutor professionale**

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa tutor professionale \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
ai sensi dell'Art. 2 del Regolamento di Tirocinio.

**CHIEDE l'attestazione dello svolgimento dell'attività di tutor professionale**

Dichiara che è stato tutor professionale per lo/la studente/ssa \_\_\_\_\_  
matricola \_\_\_\_\_ che ha svolto il tirocinio professionale di sei mesi (900 ore) previsto per il conseguimento  
delle lauree in Farmacia e Chimica e Tecnologia Farmaceutiche.

Il tirocinio è stato effettuato dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
presso la Farmacia \_\_\_\_\_

ANNO \_\_\_\_ gennaio (ore) \_\_\_\_ febbraio (ore) \_\_\_\_ marzo (ore) \_\_\_\_ aprile (ore) \_\_\_\_ maggio ( ore) \_\_\_\_  
giugno (ore) \_\_\_\_ luglio (ore) \_\_\_\_ agosto (ore) \_\_\_\_ settembre (ore) \_\_\_\_ ottobre (ore) \_\_\_\_ novembre ( ore)  
\_\_\_\_ dicembre (ore) \_\_\_\_

ANNO \_\_\_\_ gennaio (ore) \_\_\_\_ febbraio (ore) \_\_\_\_ marzo (ore) \_\_\_\_ aprile (ore) \_\_\_\_ maggio ( ore) \_\_\_\_  
giugno (ore) \_\_\_\_ luglio (ore) \_\_\_\_ agosto (ore) \_\_\_\_ settembre (ore) \_\_\_\_ ottobre (ore) \_\_\_\_ novembre ( ore)  
\_\_\_\_ dicembre (ore) \_\_\_\_

Distinti saluti.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

In fede  
(firma tutor professionale)

\_\_\_\_\_