

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

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_ febbraio \_\_\_\_\_ marzo \_\_\_\_\_ aprile \_\_\_\_\_ maggio \_\_\_\_\_ giugno \_\_\_\_\_  
luglio \_\_\_\_\_ agosto \_\_\_\_\_ settembre \_\_\_\_\_ ottobre \_\_\_\_\_ novembre \_\_\_\_\_ dicembre \_\_\_\_\_

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

Distinti saluti.

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

In fede  
(firma tutor professionale)

\_\_\_\_\_