



ORDINE INTERPROVINCIALE DEI FARMACISTI
DI ASCOLI PICENO E FERMO

Modulo di richiesta riconoscimento crediti ECM Tutor

Al Presidente
Dell'Ordine dei Farmacisti
dii Ascoli Piceno e Fermo

Io sottoscritto, Dr./Dr.ssa residente
a.....in Via.....
nr. (recapito telefonico) iscritto/a all'Ordine dei
Farmacisti delle Province di Ascoli Piceno e Fermo 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/...../..... per ore.....
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 in data relativo al tirocinio nel periodo dal/...../.....
al/...../..... per ore

Luogo e data

Firma