

ATTESTATO DI COMPIUTA ESERCITAZIONE
PRATICA PER INOCULAZIONE

Io sottoscritta/o Dr.ssa/Dr. iscritta/o all'Ordine dei medici/infermieri/farmacisti della Provincia di attesto che la/il Dr.ssa/Dr iscritta/o all'Ordine dei farmacisti della Provincia di ha correttamente espletato, sotto il mio tutoraggio professionale, l'esercitazione pratica finalizzata all'attività di inoculazione.

Luogo, data

Firma tutor professionale Iscritto all'Ordine dei medici/infermieri/farmacisti della Provincia di nr.	Firma Farmacista Iscritto all'Ordine dei farmacisti della Provincia di nr.
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------

Il presente attestato deve essere trasmesso all'Ordine dei Farmacisti di iscrizione