



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Corso di Laurea magistrale a ciclo unico in Farmacia
Corso di Laurea magistrale a ciclo unico in Chimica e tecnologia
farmaceutica

Valutazione del Referente della Struttura Ospitante sull'attività svolta dal
Tirocinante

HOST ORGANISATION SUPERVISOR'S EVALUATION OF INTERN'S PERFORMANCE

Io qui sottoscritto

I hereby:

Nome:
Name

Cognome:
Surname

dichiaro che il/la tirocinante ha completato il periodo di tirocinio ed esprimo il
seguente parere di carattere generale sulle attività svolte:

declare that the intern has completed his/her training and I provide the following evaluation of his/her performance:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data
Date _____

Firma
Signature _____

TIMBRO FARMACIA