****

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_