

**ATTESTATO DI COMPIUTA ESERCITAZIONE  
PRATICA PER INOCULAZIONE**

Io sottoscritta/o Dr.ssa/Dr....., iscritta/o all'Ordine dei medici/degli infermieri 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

<p>Firma tutor professionale Iscritto all'Ordine dei medici/degli infermieri della Provincia di ..... .nr .</p> <p>_____</p>	<p>Firma Farmacista Iscritto all'Ordine dei farmacisti della Provincia di ..... .nr .</p> <p>_____</p>
--	--

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