

Allegato 3**ATTESTATO DI COMPIUTA ESERCITAZIONE PRATICA PER INOCULAZIONE**

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

La formazione pratica si è svolta presso il Punto Vaccinale Territoriale _____ / presso la Farmacia _____ dal _____ al _____ per un totale di _____ ore

Luogo, data Firma tutor professionale
Iscritto all'Ordine dei
medici della
Provincia di
nr.

Firma Farmacista
Iscritto all'Ordine dei farmacisti della
Provincia di
nr.
