

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, Farmacéutico  
de la Oficina de Farmacia \_\_\_\_\_  
sita en C/ \_\_\_\_\_  
C.Postal \_\_\_\_\_, población \_\_\_\_\_

ACREDITA: Que el estudiante D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_ ha realizado con  
rendimiento satisfactorio una estancia de \_\_\_\_\_ horas bajo  
la supervisión del Farmacéutico anteriormente mencionado en el  
periodo comprendido del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_,  
para dar cumplimiento a las condiciones de formación reguladas  
por el Real Decreto 1667/1989.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.

Sello y firma del Tutor

Fdo.:

**Nota.- Este Certificado deberá ser firmado por el Tutor que dirija la Práctica.**