



Ordine dei Farmacisti del Cantone Ticino

**ISCRIZIONE AL TEST ATTITUDINALE
PER APPRENDISTI ASSISTENTI DI FARMACIA**

Nome e Cognome :

Via :

CAP – Località :

Il test avrà luogo il **2 maggio 2018** alle ore 13.30 per le candidate **provenienti dal Sopraceneri** e alle ore **15.30** per le **candidate** provenienti dal **Sottoceneri** presso il Centro **Professionale** per apprendisti di **Lugano-Trevano**.

Avviso alle candidate:

1. **Il test è riservato esclusivamente alle candidate residenti nel Canton Ticino**
2. Prego astenersi dalla **partecipazione** per chi avesse **effettuato** il test negli anni scorsi
3. Al ricevimento del **tagliando d'iscrizione** non viene **effettuata** nessuna conferma
4. **Prego spedire** il tagliando entro il 25 aprile 2018 a :

Peter Burkard
Farmacia Chiesa SA
Corso S.Gottardo 51
6830 Chiasso
Tel: 091/682 86 43
Fax:091/682 86 48

Avviso importante ! p.f. da compilare

Ha già effettuato il test per le Assistenti **Dentali**: **SI** **NO**

Se **SI** :

1. Inviare il tagliando all'indirizzo **sopraindicato**
2. Non **presentarsi** al test del 2 **maggio** 2018 perché il test è identico
3. Il **risultato conseguito** al test per le Assistenti **Dentali** viene tenuto in **considerazione** per il test **Assistenti di Farmacia**
4. **Riceverà** per posta l'**attestato** di partecipazione al test per futuri **Apprendisti Assistenti di Farmacia**