CERTIFICATO N. / *CERTIFICATE No.* ASFI/26/00001

SI CERTIFICA CHE / *IT IS HEREBY CERTIFIED THAT*

[redacted]

Nome / *Name* Cognome / *Surname*

Luogo di nascita / *Place of birth:* [redacted]
Data di nascita / *Date of birth:* [redacted]
C.F.: [redacted]

soddisfa i requisiti specificati nei seguenti documenti:
satisfies the requirements specified in the documents below:

- *Disciplinare ASFI - Rev.0 Ed.0 del 01/02/2026*
- *"Scheda Integrativa dei Requisiti della Certificazione delle Persone" allegata a RC/C 85 "Regolamento generale per la certificazione delle persone", emesso da RINA*

per il profilo / *for the professional profile*
FARMACISTA GALENISTA

Livello / *Level*
SUPERIORE

L'uso e la validità del presente certificato sono soggetti al rispetto del Regolamento RINA sopracitato, disponibile sul sito www.rina.org / The use and validity of this certificate are subject to compliance with the above RINA Rules, available in RINA website www.rina.org

Data di rilascio / *First issue* 01/10/2026
Emissione corrente / *Current issue* 01/10/2026
Data di scadenza / *Expiry date* 30/09/2029

Nome Cognome
Industrial Services and Personnel
Certification Product Management Director

RINA Services SpA
Via Corsica 12 - 16128 Genova

Form CERGEN-01/2018