



**Consulta Regionale degli
Ordini
dei Farmacisti di Puglia**

Al Direttore della struttura ospitante

Oggetto: Dichiarazione di impegno del tirocinante

**ALLEGATO N. 3 AL REGOLAMENTO DEL TIROCINIO PRATICO PROFESSIONALE PER GLI STUDENTI DEI CORSI DI LAUREA
MAGISTRALE DELLA CLASSE LM-13 IN FARMACIA E CHIMICA E TECNOLOGIA FARMACEUTICHE**

In relazione all'avvio dell'attività di tirocinio curriculare mediante la modalità in presenza, a far data dal __/__/__ e limitatamente al periodo di emergenza,

il/la sottoscritto/a _____

nato il __/__/__ a _____ (), residente in _____ (),

via _____ e domiciliato in _____ (),

via _____, C.F. _____,

Utenza telefonica _____

consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace ai sensi e per gli effetti dell' Art.76 del D.P.R. 445/2000,

in qualità di tirocinante

DICHIARA

- di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID-19;
- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna;

SI IMPEGNA A

- a rispettare scrupolosamente le disposizioni adottate dalle competenti Autorità nazionali e regionali in materia di sicurezza e distanziamento sociale, nonché le specifiche misure adottate dalla struttura ospitante e impartite dal Direttore o dal tutor professionale.

Luogo e data _____

Il Tirocinante
