



All'Ordine dei Farmacisti
della Provincia di.....(*)

Alla Segreteria dell'U.O. Didattica e Servizi agli
Studenti del Dipartimento di Farmacia-Scienze del
Farmaco

COMUNICAZIONE DI ATTIVAZIONE TIROCINIO PROFESSIONALE OBBLIGATORIO IN FARMACIA
ALLEGATO N. 4 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

Dati relativi al Tirocinante:

Cognome e Nome del tirocinante.....

nato ail.....

residente in Cap

Via..... n°

tel./cell. e-mail

n° di matricola, iscritto per l'A.A. alanno

del corso di laurea specialistica/magistrale a ciclo unico in

Dati relativi alla farmacia ospitante:

Farmacia ospitante:

Città Cap

Via N°

Direttore della Farmacia ospitante

Tutor professionale

Tutor accademico

Periodo di svolgimento del tirocinio :

1) dal al partecipazione assistita e verificata dello studente alle attività della farmacia ospitante in rapporto alle finalità del tirocinio;

2) dal al partecipazione obbligatoria dello studente ai cicli di seminari riguardanti attività precipue della professione del farmacista;

Polizze assicurative:

- Infortuni sul lavoro INAIL posizione n. D.P.R. 1124 del 30.6.1965. Codice Ditta n. 5762761
- Responsabilità civile: polizza assicurativa n. 409967981- Compagnia di Assicurazioni AXA
- Rischi infortuni: polizza assicurativa n. 409987050 - Compagnia di Assicurazioni AXA

I firmatari dichiarano di aver preso visione del “Regolamento del tirocinio pratico- professionale per gli studenti dei corsi di laurea magistrale della classe LM-13 in Farmacia ed in Chimica e Tecnologia Farmaceutiche”, prima che il tirocinio abbia inizio.

Data,

Firma del Tirocinante

.....

Firma e timbro per presa visione ed accettazione del Responsabile della Farmacia

.....

Firma per presa visione ed accettazione del Tutor Accademico

.....

Firma per presa visione ed accettazione del Tutor Professionale

.....

() indicare l'Ordine provinciale dei Farmacisti nel cui territorio ha sede la farmacia ospitante*