

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BARI
DIPARTIMENTO DI FARMACIA-SCIENZE DEL FARMACO
Corsi di Laurea in Farmacia ed in Chimica e Tecnologia Farmaceutiche

A seguito del Regolamento di Tirocinio professionale, approvato dal Consiglio di Dipartimento di Farmacia-Scienze del Farmaco il 27-5-2020, risulta che:

“Gli studenti dei corsi di laurea in Farmacia ed in Chimica e Tecnologia Farmaceutiche possono presentare richiesta di tirocinio a partire dalla fine delle lezioni del II semestre del quarto anno del Corso di Laurea della Classe LM-13 e/o negli anni successivi.

I requisiti minimi per accedervi sono:

a) aver acquisito almeno 130 CFU;

b) aver superato due degli esami caratterizzanti, ovvero uno di Chimica farmaceutica e tossicologica (SSD CHIM/08) ed uno di Farmacologia (SSD BIO/14);

c) aver acquisito la firma di frequenza di un corso di Tecnologia farmaceutica (SSD CHIM/09).

Lo studente dovrà adempiere a tutti gli obblighi previsti dal Regolamento di tirocinio e dalla convenzione con la Consulta Regionale degli Ordini dei Farmacisti di Puglia pubblicati sul sito web del Dipartimento <https://www.uniba.it/ricerca/dipartimenti/farmacia>, compresi quelli di partecipazione ai seminari destinati ad argomenti del programma di tirocinio”.

DOMANDA di inizio Tirocinio

Alla Commissione per i Tirocini

Ordinamenti: **D.M. 509/1999, DM 270/2004**

Il/La sottoscritto/a _____

matr. N° _____ anno di immatricolazione _____

nato il ____/____/____ a _____

ed avente il recapito in _____ (_____)

Via _____ n° _____ tel. _____

e-mail _____

iscritto per l'A.A. _____ al seguente anno di corso: _____

del Corso di Laurea in Farmacia del Corso di Laurea in CTF

dichiara

di avere i requisiti per accedere al tirocinio professionale in farmacia, avendo sostenuto e superato gli esami di profitto elencati sul retro (CFU acquisiti N°) e acquisito la firma di frequenza di un corso di Tecnologia farmaceutica.

Chiede, pertanto,

1) di poter frequentare il corso seminariale nel mese di anno

2) di poter svolgere il tirocinio professionale dal al

presso la farmacia del dott.

con sede in, Via e n°

Il periodo di svolgimento del tirocinio è stato concordato con il responsabile della farmacia

ospitante, dott.

