



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 a .....il.....  
residente in ..... Cap .....  
Via..... n° .....  
tel./cell. .... e-mail .....  
n° di matricola ....., iscritto per l'A.A. .... al .....anno  
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. ITCANB19817 Chubb European Group
- Rischi infortuni: polizza assicurativa n. 100.026 Harmonie Mutuelle

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*