



Corsi di Studio in Farmacia

DOMANDA PER ATTIVITA' DI STAGE PRESSO FARMACIE

PER L'ACQUISIZIONE DI CREDITI A SCELTA LIBERA (fino ad un massimo di 2 cfu)

Il sottoscritto

Cognome e nome:

Corso di laurea magistrale (o specialistica) in matricola n.

N. di telefono/cell.:

chiede di poter svolgere l'attività di stage come dall'allegato "Progetto Formativo"^{*} per l'acquisizione di:**

- 1 CFU pari a 25 ore di attività

- 2 CFU pari a 50 ore di attività

(barrare una sola casella)

e a tal fine si impegna a prendere visione del [Codice Deontologico del Farmacista](#).

Il/La sottoscritto/a, valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.00 n. 445 e consapevole della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato e della responsabilità penale in cui può incorrere in caso di dichiarazione mendace secondo gli artt. 75 e 76 del succitato D.P.R.

dichiara

- (per gli iscritti alla LMCU in Farmacia): di aver superato gli esami di "Farmacoterapia" e di "Tecnologia farmaceutica 1" e di aver frequentato l'insegnamento di "Tecnologia farmaceutica 2 e cosmetici", come previsto dall'art. 6 del Regolamento per il Tirocinio

- (per gli iscritti alla LMCU in CTF): di aver superato gli esami di "Farmacologia e farmacoterapia" e di "Tecnologia farmaceutica", come previsto dall'art. 6 del Regolamento per il Tirocinio

- (per gli studenti dei Corsi di Laurea Specialistica a ciclo unico, DM 509/99): di aver superato gli esami di "Farmacologia e Farmacoterapia" e di "Tecnologia farmaceutica", come previsto dall'art. 17 del Regolamento per il Tirocinio

- di non essere parente del titolare/direttore/collaboratore della farmacia fino al 4° grado

- che la predetta attività verrà svolta presso la medesima farmacia dove ha effettuato/sta effettuando il tirocinio professionale

- che la predetta attività verrà svolta presso una farmacia diversa da quella dove ha effettuato/sta effettuando il tirocinio professionale

- di non aver già svolto il tirocinio professionale

Trieste, _____

Firma** _____

* 1 cfu = 25 ore di attività

** il programma di tirocinio dovrà riferirsi ad attività previste relativamente al Tirocinio professionale (art. 8)

*La firma deve essere apposta davanti all'impiegato ricevente. Qualora la domanda venga spedita per posta o presentata da terzi, allegare fotocopia del documento d'identità del firmatario (art. 38 commi 1 e 3 D.P.R. 28.12.00 n. 445).

Estremi Documento di identità

Data e firma dell'impiegato ricevente



Corsi di Studio in Farmacia

PROGETTO PER ATTIVITÀ DI TIROCINIO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO

(rif. Convenzione n° ____ stipulata in data _____)

Nominativo del tirocinante:

nato/a a

residente in:

Codice fiscale:

Situazione di disabilità: SI NO

Azienda ospitante:

Sede/i del tirocinio:

Tempi di accesso ai locali aziendali: orario di apertura giornaliera

Periodo di tirocinio n° ore ____: dal al.....

Docente di riferimento: Prof.

Tutore aziendale: dott.

Polizze assicurative:

- Infortuni sul lavoro INAIL: gestione per conto dello Stato prevista dal combinato disposto dagli artt. 127 e 190 del T.U. INAIL (DPR N 1124/65) e regolamentato dal D.M. 10.10.85
- Resp. civile verso terzi: posizione RCT/O n. ITCASC03613 ACE European Group Ltd con scadenza il 31/12/2018

Obiettivi e modalità del tirocinio:

.....

.....

.....

.....

.....

Facilitazioni previste: nessuna

Crediti Formativi Universitari: ____

Obblighi del tirocinante:

- seguire le indicazioni dei tutori e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre evenienze;
- rispettare gli obblighi di riservatezza circa processi produttivi, prodotti od altre notizie relative all'azienda di cui venga a conoscenza, sia durante che dopo lo svolgimento del tirocinio;
- rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia di igiene e sicurezza.

Trieste,

firma del tirocinante:

firma per il soggetto promotore:

firma responsabile della farmacia:

.....