



DICHIARAZIONE della DISPONIBILITÀ della FARMACIA

Il sottoscritto:

Dott. Titolare della Farmacia
convenzionata con l'Ordine dei Farmacisti/ASL di
Via n
C.a.p. Città Prov.
Tel Fax E- mail
Codice Fiscale o Partita IVA:
Appartenente alla A.S.L. di:

DICHIARA

- di accogliere lo studente per lo svolgimento del tirocinio professionale semestrale trimestrale a partire dal giorno..... (data inizio) designando, per tutta la durata del tirocinio, come tutor aziendale il dott.¹ assicurando di non superare il numero massimo di tirocinanti che questa Farmacia si è dichiarata disponibile ad accogliere contemporaneamente, vista la Del.G.R. del 12.03.2012 "e la Circ. n.24 Min.Lav. e Pol.Soc. del 12.09.2011²;
- di non avere rapporti di parentela e di affinità entro il quarto grado o un rapporto di coniugio con lo studente accolto;
- di aver preso visione della informativa in materia di protezione dei dati personali (ai sensi degli articoli 13 e 26 del D.Legs. 30 giugno 2003 n.196) pubblicata sul sito del Dipartimento di Farmacia all'indirizzo www.farmacia.unich.it
- di prestare il consenso per il trattamento e per la comunicazione dei propri dati personali;
- di essere consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 46 del DPR 445/2000)

Luogo, data, timbro e firma del Titolare o Direttore della Farmacia

Firma del Tutor Aziendale per accettazione dell'incarico, per presa visione dell'informativa in materia di protezione dei dati personali, per prestare il consenso al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali.

¹La figura del Tutor Aziendale può coincidere con la persona del Titolare/Direttore.

²Il rapporto numerico non potrà eccedere il quorum di un tirocinante ogni due farmacisti strutturati a tempo pieno; nel caso di farmacisti impegnati part-time, farà fede il monte ore. Le farmacie gestite dal solo Titolare o Direttore potranno ospitare un solo tirocinante.