



SVOLGIMENTO del TIROCINIO PROFESSIONALE in FARMACIA

Generalità tirocinante:

Il sottoscritto matr. n.
Dipartimento di Farmacia, Corso di Laurea Specialistica Magistrale, Corso di Studio in Farmacia
 C.T.F. iscritto all'anno nato a il
residente in (via, n., comune, prov.)
cellulare e-mail:.....
codice fiscale

essendo regolarmente iscritto al V anno del Corso di Studio in Farmacia CTF e avendo già effettuato tre mesi di tirocinio, intende svolgere i restanti tre mesi presso la stessa farmacia una farmacia diversa

Sede del tirocinio:

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:

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28.12.2000 n.445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità, dichiara che quanto sopra riportato corrisponde al vero.

Documento di identità:

tipo..... numero rilasciato da (indicare il comune) il

(firma leggibile)

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 26 del D.Lgs. 30.06.2003 n.196 il cui testo è riportato sul sito web di Dipartimento www.farmacia.unich.it quindi:

- presta il suo consenso per il trattamento e la comunicazione dei propri dati personali

(firma leggibile)

- presta il suo consenso per il trattamento e la comunicazione dei propri dati sensibili vincolandolo comunque al rispetto di ogni altra condizione imposta per legge

(firma leggibile)