



**SVOLGIMENTO del TIROCINIO PROFESSIONALE in FARMACIA e
ASSEGNAZIONE del TUTOR ACCADEMICO**

(da presentarsi, a cura dello studente, entro il 05 di ogni mese)

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

DICHIARA

- di aver acquisito almeno 160 CFU ed essere iscritto almeno al quarto anno del corso di laurea;
- di aver superato due esami caratterizzanti, di cui uno di Chimica farmaceutica (SSD CHIM/08) e uno di Farmacologia (SSD BIO/14); SSD BIO/14);
- di aver almeno frequentato uno dei corsi di Tecnologia farmaceutica (SSD CHIM/09);
- di aver acquisito la disponibilità allo svolgimento dell'attività formativa da parte del responsabile della farmacia ospitante e/o della farmacia ospedaliera.

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:

Data e firma del tirocinante
.....

Visto, si certifica quanto dichiarato.

La Segreteria Studenti (timbro e firma)

Data..... firma

Indicazione del **Tutor accademico** assegnato dalla Commissione per il tirocinio

da compilarsi a cura della segreteria studenti.....

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)