



**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 .....

avendo superato in data ..... l'esame di  Tecnologia farmaceutica con lab. (F) ovvero  
 Tecnologia e legislazione farmaceutiche con lab. (CTF), chiede di essere ammesso a svolgere il  
Tirocinio professionale in farmacia

**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

.....

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](http://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) .....