



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI BARI
ALDO MORO



Consulta Regionale degli
Ordini
dei Farmacisti di Puglia

All'Ordine dei Farmacisti
della Provincia di.....(*)

Alla Segreteria dell'U.O. Didattica e Servizi agli
Studenti del Dipartimento di Farmacia-Scienze del
Farmaco

COMUNICAZIONE DI ATTIVAZIONE TIROCINIO PROFESSIONALE OBBLIGATORIO IN FARMACIA
ALLEGATO N. 4 AL REGOLAMENTO DEL TIROCINIO PRATICO PROFESSIONALE PER GLI STUDENTI DEI CORSI DI LAUREA
MAGISTRALE DELLA CLASSE LM-13 IN FARMACIA E CHIMICA E TECNOLOGIA FARMACEUTICHE

Dati relativi al Tirocinante:

Cognome e Nome del tirocinante.....

nato ail.....

residente in Cap

Via..... n°

tel./cell. e-mail

n° di matricola, iscritto per l'A.A. alanno

del corso di laurea specialistica/magistrale a ciclo unico in

Dati relativi alla farmacia ospitante:

Farmacia ospitante:

Città Cap

Via N°

Direttore della Farmacia ospitante

Tutor professionale

Tutor accademico

Periodo di svolgimento del tirocinio :

1) dal al partecipazione assistita e verificata dello studente alle attività della farmacia ospitante in rapporto alle finalità del tirocinio;

2) dal al partecipazione obbligatoria dello studente ai cicli di seminari riguardanti attività precipue della professione del farmacista;

Polizze assicurative:

- Infortuni sul lavoro INAIL posizione n. D.P.R. 1124 del 30.6.1965. Codice Ditta n. 5762761
- Responsabilità civile: polizza assicurativa n. 409967981- Compagnia di Assicurazioni AXA
- Rischi infortuni: polizza assicurativa n. 409987050 - Compagnia di Assicurazioni AXA

I firmatari dichiarano di aver preso visione del “Regolamento del tirocinio pratico- professionale per gli studenti dei corsi di laurea magistrale della classe LM-13 in Farmacia ed in Chimica e Tecnologia Farmaceutiche”, prima che il tirocinio abbia inizio.

Data,

Firma del **Tirocinante**

.....

Firma e timbro per presa visione ed accettazione del **Responsabile della Farmacia**

.....

Firma per presa visione ed accettazione del **Tutor Accademico**

.....

Firma per presa visione ed accettazione del **Tutor Professionale**

.....

(*) indicare l'Ordine provinciale dei Farmacisti nel cui territorio ha sede la farmacia ospitante