



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

SETTORE DIDATTICA E SEGRETERIE

UFFICIO DIDATTICA E SEGRETERIE

POLO DI NOVARA

Largo Donegani, 2 – 28100 Novara

NO Tel: 0321375615

Email:

allegati.dsf@uniupo.it

**AL MAGNIFICO RETTORE DELL'UNIVERSITA'  
DEGLI STUDI DEL PIEMONTE ORIENTALE  
"AMEDEO AVOGADRO"**

Il/La sottoscritt..... Matricola n°.....  
nat. a ..... il ..... residente in .....  
via ..... n° ..... CAP ..... Tel. ....  
Codice Fiscale .....

Iscritto al ..... Anno del corso di laurea magistrale a ciclo unico in:

- CHIMICA E TECNOLOGIA FARMACEUTICHE
- FARMACIA

del Dipartimento di Scienze del Farmaco di questa Università

**DICHIARA**

di aver acquisito 160 CFU, di aver superato 1 esame SSD CHIM/08, di aver superato 1 esame SSD BIO/14  
e di aver frequentato 1 insegnamento SSD CHIM/09

**CHIEDE**

di essere ammess... a svolgere il tirocinio pratico valutativo (pari a 30 crediti formativi per un monte ore complessivo di 900).

Il tirocinio sarà suddiviso come descritto di seguito:

dal..... al .....

Presso FARMACIA.....

Titolare/Direttrice/Direttore Dott. ssa/Dott.

.....

Tutor Professionale Dott.ssa/Dott. ....

Via/Corso/Piazza .....

Località .....

Cap ..... Tel. ....

E-mail .....

Spuntare in caso di periodo svolto all'estero:

- Erasmus per studio
- Erasmus Traineeship
- Free Mover
- Altro .....



dal..... al .....

Presso FARMACIA.....

Titolare/Direttrice/Direttore Dott. ssa/Dott.

.....

Tutor Professionale Dott.ssa/Dott. ....

Via/Corso/Piazza .....

Località .....

Cap ..... Tel. ....

E-mail .....

Spuntare in caso di periodo svolto all'estero:

- Erasmus per studio
- Erasmus Traineeship
- Free Mover
- Altro .....

dal..... al .....

Presso FARMACIA.....

Titolare/Direttrice/Direttore Dott. ssa/Dott.

.....

Tutor Professionale Dott.ssa/Dott. ....

Via/Corso/Piazza .....

Località .....

Cap ..... Tel. ....

E-mail .....

Spuntare in caso di periodo svolto all'estero:

- Erasmus per studio
- Erasmus Traineeship
- Free Mover
- Altro .....

Novara, il .....

.....

(firma dello studente richiedente)

Consapevole che – ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 – le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali, dichiara che le informazioni rispondono a verità.

.....

(firma dello studente richiedente)

**Visto il Direttore del Dipartimento**



## A CURA DEL FARMACISTA TITOLARE/DIRETTRICE/DIRETTORE DELLA FARMACIA

La/Il sottoscritt\_\_ Dott.ssa/Dott. \_\_\_\_\_ dichiara:

- Di aver preso visione della domanda del tirocinante approvando la parte di mia competenza
- Di non essere parente o affine entro il terzo grado del tirocinante
- Che il Tutor Professionale assegnato al tirocinante non è parente o affine entro il terzo grado
- Che la Farmacia ospitante ha aderito al Protocollo sul Tirocinio Pratico Valutativo in essere tra l'Ateneo e l'Ordine dei Farmacisti
- Che la Farmacia ospitante è inserita nell'elenco pubblicato sul sito dell'Ordine delle farmacie aderenti
- Di essere consapevole che il tirocinante non può iniziare il Tirocinio Pratico Valutativo in Farmacia sprovvisto dell'apposito Diario del Tirocinante per la compilazione dell'attività giornaliera
- Di essere consapevole che non è possibile svolgere attività di tirocinio per un monte ore settimanale superiore a 40 ore
- Di essere consapevole che allo studente non è permesso continuare il proprio tirocinio oltre la data di fine stabilita; pertanto qualora vi fosse tale necessità, il tirocinante è tenuto a richiedere tempestivamente (e comunque almeno 10 giorni prima della scadenza precedentemente stabilita) alla Segreteria Studenti la proroga del periodo che dovrà in ogni caso essere approvata dal Direttore, per essere nuovamente assicurato. Nel caso in cui lo studente continui a frequentare la Farmacia oltre il periodo concordato per lo svolgimento del tirocinio senza aver richiesto la proroga, l'Università si riterrà sollevata da qualsiasi responsabilità e adempimento assicurativo.

DATA

\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

TIMBRO

