



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

DIVISIONE DIDATTICA E
INTERNAZIONALIZZAZIONE
SETTORE DI LINEA
CARRIERE E SERVIZI
UFFICIO CARRIERE E SERVIZI
POLO DI NOVARA
Via Perrone, 18 – 28100 Novara
Tel: 0321 375610
Mail: tpv.farmacia@uniupo.it
tpv.ctf@uniupo.it

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

La/Il sottoscritt..... Matricola n°.....

Iscritt... 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:

I periodo:

dal..... al

Presso FARMACIA.....

Titolare/Direttrice/Direttore Dott. ssa/Dott.

.....

Tutor Professionale Dott.ssa/Dott.

.....

Via/Corso/Piazza

Località

Cap E-mail

Spuntare in caso di periodo svolto all'estero:

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

II periodo
dal..... al

Presso FARMACIA.....

Titolare/Direttrice/Direttore Dott. ssa/Dott.

.....

Tutor Professionale Dott.ssa/Dott.

.....

Via/Corso/Piazza

Località

Cap E-mail

Spuntare in caso di periodo svolto all'estero:

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

III periodo
dal..... al

Presso FARMACIA.....

Titolare/Direttrice/Direttore

Dott. ssa/Dott.

.....

Tutor Professionale

Dott.ssa/Dott.

.....

Via/Corso/Piazza

Località

Cap E-mail

Spuntare in caso di periodo svolto all'estero:

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

Novara, il

.....
(firma della studentessa/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 della studentessa/dello studente richiedente)

A CURA DEL FARMACISTA TITOLARE/DIRETTRICE/DIRETTOREE 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) all'Ufficio Carriere e Servizi del Polo di Novara 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

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
