



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE  
DIPARTIMENTO DI  
SCIENZE DEL FARMACO  
DIDATTICA E SERVIZI AGLI STUDENTI

Largo Donegani, 2 – 28100 Novara NO  
Tel: 0321375610  
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 Specialistica/Magistrale a ciclo unico in:

- CHIMICA E TECNOLOGIA FARMACEUTICHE
- FARMACIA

del Dipartimento di Scienze del Farmaco di codesta Università

#### **DICHIARA DI**

aver acquisito almeno 170  
CFU e di aver superato gli  
esami propedeutici al tirocinio  
(immatricolati fino all'A.A  
2009/2010)

aver acquisito almeno 170  
CFU e di aver frequentato tutti  
gli insegnamenti del IV anno  
compresi i laboratori  
(immatricolati a partire dall'A.A  
2010/2011)

#### **CHIEDE**

di essere ammess... a svolgere il tirocinio professionale (pari a 30 crediti formativi per un monte ore complessivo di 900). La pratica farmaceutica si svolgerà come segue:

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

Presso FARMACIA .....

Titolare Dott. ....

Tutor del tirocinante Dott. ....

Via/C.so/Piazza.....

Località.....

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

Fax .....

E-mail .....

Spuntare in caso di tirocinio estero:

- Erasmus+ per studio  Erasmus Traineeship
- Free Mover  Altro



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

Presso FARMACIA .....

Titolare Dott. ....

Tutor del tirocinante Dott. ....

Via/C.so/Piazza.....

Località.....

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

Fax .....

E-mail .....

Spuntare in caso di tirocinio estero:

Erasmus+ per studio  Erasmus Traineeship

Free Mover  Altro

Novara, .....

.....  
(firma dello studente richiedente)

**Visto il Direttore del Dipartimento**



## A CURA DEL FARMACISTA TITOLARE/DIRETTORE DELLA FARMACIA

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ dichiara:

- di aver preso visione della domanda del tirocinante approvando la parte di mia competenza;
- di non essere parente o affine entro il secondo grado del tirocinante;
- che il Tutor assegnato al tirocinante non ne è parente o affine entro il secondo grado;
- di comparire nell'elenco delle Farmacie convenzionate predisposto dall'Ordine dei Farmacisti della Provincia di  AL  NO-VCO  VC-BI;
- di non rientrare negli elenchi delle Farmacie convenzionate predisposti dagli Ordini delle Province di AL, NO-VCO o VC-BI e di allegare pertanto copia del Regolamento del Tirocinio Professionale, visto, firmato e timbrato.
- di essere consapevole che il tirocinante non può iniziare il tirocinio professionale in Farmacia, sprovvisto dell'apposito registro diario per la compilazione dell'attività giornaliera.
- di essere consapevole che non è possibile svolgere attività di tirocinio per un monte ore giornaliero superiore a 8 ore
- di essere consapevole che allo studente non è permesso continuare oltre la data di fine stabilita, pertanto qualora vi fosse tale necessità, il tirocinante è tenuto a recarsi tempestivamente (e comunque almeno 10 giorni prima della scadenza precedentemente stabilita) presso la Segreteria Studenti di Dipartimento per richiedere la proroga del periodo che dovrà in ogni caso essere approvata dal Direttore, per essere quindi 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

**N.B.** Se il tirocinio viene svolto presso due Farmacie allegare le dichiarazioni di entrambe le Farmacie al momento della presentazione della domanda.