

Richiesta di Tirocinio Pratico Valutativo
presso Farmacia _____
Ordine dei Farmacisti della Provincia di _____

LO STUDENTE

- Cognome e Nome: _____
- Nato/a a _____ il _____
- Matricola n.: _____
- Corso di Laurea Magistrale in Farmacia
- Università degli Studi degli Studi della Campania *Luigi Vanvitelli*
- Recapito telefonico: _____
- E-mail istituzionale: _____

chiede di essere ammesso/a a svolgere il tirocinio pratico-valutativo presso

DATI DEL TIROCINIO

- Struttura ospitante: _____
- PEC (per l'invio della documentazione inerente il TPV): _____
- Tutor professionale: _____
- Periodo di svolgimento: dal _____ al _____
- Durata complessiva: _____ ore (max 900 ore).

DOCUMENTI ALLEGATI

Copia del documento di identità e del codice fiscale dello studente

Altro (specificare): _____

DICHIARAZIONE DELLO STUDENTE

Il/La sottoscritto/a dichiara di impegnarsi al rispetto:

- Di quanto disposto dal **Regolamento Didattico del CdS, in particolare dall'Allegato 3 "Regolamento Tirocinio Formativo"**
- delle **norme interne alla struttura ospitante** in materia di sicurezza e privacy,
- delle **indicazioni del tutor accademico e professionale.**

Firma dello Studente _____

ACCETTAZIONI

Il Tutor Accademico

Nome e Cognome _____

Firma _____ Data _____

Il Direttore della Farmacia

Nome e Cognome _____

Firma _____ Data _____

Timbro
Farmacia

Il Presidente del Corso di Studio/Referente del CdS per il TPV

Nome e Cognome _____

Firma _____ Data _____

Il modulo compilato e firmato dovrà essere caricato sulla piattaforma RUF