



**Richiesta di Tirocinio Pratico Valutativo presso  
Farmacia Ospedaliera –  
ASL \_\_\_\_\_ - Conv. prot. n. \_\_\_\_\_**

---

**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: \_\_\_\_\_
- ASL di riferimento: \_\_\_\_\_
- PEC (per l'invio della documentazione inerente il TPV): \_\_\_\_\_
- Tutor professionale (farmacista ospedaliero): \_\_\_\_\_
- Periodo di svolgimento: dal \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ (fino a un massimo di 3 mesi)
- Durata complessiva: \_\_\_\_\_ ore (max 450 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 dell'ASL** 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 Ospedaliera ASL \_\_\_\_\_

Timbro della Struttura

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

### 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