

Richiesta di ammissione al Tirocinio professionale curriculare in Farmacia

Il/la sottoscritto/a _____, matr _____, iscritto/a
per l'a.a. _____ al _____ anno di corso, nato/a a _____ il _____,
residente _____ in _____ alla _____ via
_____, tel. _____ email _____
_____@studenti.unicampania.it,

superati gli esami di Farmacologia e Farmacoterapia I e Tecnologie e Legislazione Farmaceutica I, consapevole di quanto disposto dal D.R. n. 618 del 16/09/2020 in merito allo svolgimento di "Corsi, esami di profitto, prove finali, tutoraggio e tirocini per il conseguimento del titolo di studio in presenza",

chiede

di svolgere il periodo di Tirocinio Professionale obbligatorio presso la Farmacia
_____ (n° cod. Farmacia assegnato dall'ASL _____) del
Dott. (Titolare\Direttore) _____, sita in _____
prov. _____ Via _____ Tel. _____, sotto la responsabilità
del/dei Dott. _____ a partire dal _____ al _____

La Farmacia ospitante dichiara:

- di accettare che sia l'ente ospitante responsabile della corretta applicazione dei protocolli emanati dalle autorità competenti per tutelare la salute e la sicurezza dei lavoratori/tirocinanti dal possibile contagio da covid-19 e garantire la salubrità dell'ambiente di lavoro;
- di informare tempestivamente l'Università di ogni evento legato al contagio covid-19 che possa interessare direttamente o indirettamente il tirocinante;
- di provvedere a richiedere la sospensione del tirocinio, secondo le modalità consuete, qualora fosse necessario l'allontanamento del tirocinante dalla sede operativa per cause inerenti il covid19;
- di non accettare come tirocinanti studenti che siano parenti fino al 2° grado del titolare o del direttore.

Firma del Farmacista Titolare\ Direttore _____

Firma del Farmacista Tutor (se diverso) _____

Indirizzo email PEC Farmacia _____

Timbro Farmacia

La suddetta farmacia afferisce all'Ordine dei Farmacisti della provincia di _____

Data di presentazione all'Ordine _____

Indirizzo email PEC Ordine _____

*Timbro e firma
dell'Ordine*

Il/la sottoscritto/a _____, matr _____, nato/a a _____ il _____, dichiara, inoltre, di rispettare i protocolli di sicurezza, le norme di comportamento e le modalità di utilizzo dei DPI che saranno forniti dalla Farmacia.

Firma dello studente _____

Il Prof. _____ si rende disponibile a ricoprire la funzione di tutor accademico, incaricato dall'Università di monitorare il tirocinio.

Firma del Tutor Accademico _____ *

** in alternativa email di accettazione del docente in sostituzione della firma*

La richiesta e gli eventuali allegati, compresa la copia di un documento di riconoscimento, dovranno essere inviati agli Uffici Amministrativi del DiSTABiF, tramite mail istituzionale @studenti.unicampania.it, all'indirizzo: didattica.distabif@unicampania.it. Si chiede di riportare nell'oggetto della mail "TIROCINIO FARMACIA".