



Università degli Studi di Ferrara

Corso di Studio

Ferrara, _____

Spett.le (Nome e/o Ragione Sociale Farmacia) _____

Nome e Cognome Titolare _____

Via _____ Città _____ ()

E-mail _____

Oggetto: Comunicazione di attivazione tirocinio professionale obbligatorio in farmacia

Si comunica che la studentessa/lo studente (nome e cognome) _____,
n° matricola _____, e-mail _____@edu.unife.it, cell. _____
iscritta/o nell'a.a. _____/_____ al 4 5 1 FC 2 FC >2 FC anno del Corso di Studio (CdS) in
____ FARMACIA CTF _____, è autorizzata/o a recarsi presso la Vostra farmacia a partire dal ____/____/____ (data
di prima presenza in farmacia) al ____/____/____ (data **presunta** di ultima presenza, **minimo 6 e massimo 12 mesi dalla
prima, da data a data**) per svolgere la seguente attività:

- svolgimento del tirocinio professionale in farmacia (Dir. 2005/06/CE; 85/432/CEE), ai sensi del **Regolamento del tirocinio professionale** per i CdS in Farmacia (Dip. Scienze della Vita e Biotecnologie) e in Chimica e Tecnologia Farmaceutiche (Dip. Scienze Chimiche e Farmaceutiche) dell'Università degli Studi di Ferrara.

Durante tale attività (*barrare dove rilevante*):

- non è prevista attività presso altra sede/filiale
 è prevista attività presso altra sede/filiale (*è obbligatoria l'autorizzazione preventiva della Commissione per il Tirocinio e la comunicazione dell'indirizzo della sede secondaria*)

Il numero di farmacisti (titolare/i e dipendenti) attivi presso la Vs farmacia, che abbiano svolto attività professionale continuativa per almeno due anni, è di _____ (artt. 1-8 del Regolamento del Tirocinio professionale in Farmacia).

L'attività si svolgerà sotto la guida di (nome/cognome del Tutore Professionale) _____, con cui verranno concordate le giornate di presenza, nel rispetto dei requisiti temporali di durata minima del tirocinio.

Per i soli tirocini in farmacia ospedaliera, il Tutor accademico è il prof./dott. (nome/cognome del Tutore Accademico) _____, docente del Corso di Studio in Farmacia/CTF (*barrare quanto non rilevante*).

Gli aspetti assicurativi sono curati dall'Università degli Studi di Ferrara con le seguenti polizze assicurative:

- INAIL gestione per conto dello Stato
- Infortuni (UnipolSai Div. La Fondiaria n. 77/136656834)
- Responsabilità Civile (UnipolSai Div. La Fondiaria n. 65/136656841)

È possibile visionare la polizza infortuni all'indirizzo: <http://www.unife.it/it/x-te/diritti/infortuni>

Timbro Farmacia (OBBLIGATORIO) e
Firma del Titolare per accettazione

Firma del Componente della
Commissione per il Tirocinio per il CdS



Università degli Studi di Ferrara

QUESTA PARTE VIENE COMPILATA OBBLIGATORIAMENTE DAGLI STUDENTI IMMATRICOLATI A PARTIRE DALL'A.A.2017/2018 E NEGLI ANNI ACCADEMICI SUCCESSIVI.

Dichiarazione di rispetto della regola di propedeuticità per l'accesso al tirocinio

Il/la sottoscritto/a _____, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000,

dichiara di avere superato gli esami propedeutici al Tirocinio nelle seguenti date:

- **Farmacologia e farmacoterapia:** registrato in carriera in data _____
- **Chimica farmaceutica e tossicologica I:** registrato in carriera in data _____
- **Tecnologie farmaceutiche:** registrato in carriera in data _____

Luogo, data, firma dello studente: _____

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. L.gs. n. 196/2003 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.