



UNIVERSITA' DI BOLOGNA - ALMA MATER STUDIORUM
Facoltà di Farmacia

DOMANDA DI TIROCINIO (1)
LAUREA SPECIALISTICA (L5)

- Corso di Laurea in Farmacia – sede di Bologna - codice 0039**
- Corso di Laurea in Farmacia – sede di Rimini - codice 0040**
- Corso di Laurea in Chimica e Tecnologia Farmaceutiche - codice 0038**

Il/la sottoscritto/a
cognome nome

nato/a a il residente in

comune di nascita prov. nascita gg/mm/aaaa

..... via.....
comune di residenza prov. residenza

matricola..... iscritto/a al V anno di corso, con il seguente recapito (2)

..... Telefono..... cell.....

chiede

di essere ammesso a frequentare il prescritto periodo (semestrale) di tirocinio pratico professionale presso la Farmacia (3).....

A partire dal giorno (4).....
gg/mm/aaaa

A tal fine il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 in caso di dichiarazione mendace, dichiara sotto la propria responsabilità:
di avere superato gli esami di Farmacologia e Farmacoterapia e di Tecnologia, socioeconomia e legislazione farmaceutiche I;

...../.....
luogo data firma per esteso

DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE DELLA FARMACIA

Il sottoscritto Titolare/Direttore della Farmacia.....
dichiara di accogliere lo studente.....
per lo svolgimento del tirocinio pratico professionale semestrale a partire dal giorno
indicando il Dott. (5)..... iscritto all'Ordine dei Farmacisti della
provincia di come referente della farmacia per tutta la durata del tirocinio ed
assicurando di non superare il numero massimo di tirocinanti che questa Farmacia si è dichiarata
disponibile ad accogliere.

...../.....
luogo data timbro della farmacia e firma del titolare/direttore

- (1) segnare con una croce il corso di laurea cui lo studente è iscritto
- (2) indicare il recapito al quale lo studente è reperibile (il numero di telefono è facoltativo)
- (3) indicare il nome della farmacia, il comune ed il n. di codice (Es. RN001) secondo i dati reperibili nell'elenco pubblicato nel sito Internet
- (4) indicare il giorno, mese ed anno di inizio del tirocinio concordato con la farmacia
- (5) una copia della presente dichiarazione deve essere trattenuta dalla farmacia e trasmessa all'Ordine dei Farmacisti della provincia al quale è iscritto il referente (anche mediante fax) contestualmente all'inizio del tirocinio, al fine del riconoscimento dei crediti ECM.

**LO STUDENTE PRIMA DI INIZIARE IL TIROCINIO DEVE FARE FIRMARE IL
LIBRETTO-DIARIO AL TUTORE DIDATTICO**