

## 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](mailto:@studenti.unicampania.it), all'indirizzo: [mariagrazia.iannucci@unicampania.it](mailto:mariagrazia.iannucci@unicampania.it). Si chiede di riportare nell'oggetto della mail "TIROCINIO FARMACIA".