

Modulo di richiesta di autorizzazione per l'accoglimento di tirocinanti
(su carta intestata della Farmacia richiedente o su carta semplice con il timbro della Farmacia)

Al Direttore del Dipartimento di Scienze Chimiche e Farmaceutiche dell'Università di Trieste.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

Titolare della Farmacia _____

con sede a _____ Prov. _____

in Via _____ Tel. _____

Fax _____ e-mail _____

Codice fiscale e/o Partita IVA _____

presa visione del [Regolamento di Tirocinio](#) e del Programma di formazione, chiede di convenzionare la Farmacia di cui è Titolare con il Dipartimento di Scienze Chimiche e Farmaceutiche dell'Università di Trieste al fine di accogliere studenti dei Corsi di Studio in Farmacia ed in Chimica e Tecnologia Farmaceutiche per l'espletamento del Tirocinio semestrale obbligatorio.

L'organico della Farmacia è di _____ dipendenti oltre al Titolare ed è in grado di accogliere sino a _____ tirocinanti all'anno.

In fede

Data _____

(timbro e firma del Titolare)

N.B.: Ai sensi dell'Art. 5 del Regolamento di Tirocinio professionale dei C.d.S. in Farmacia e C.T.F. dell'Università di Trieste, per le Farmacie che si trovino al di fuori del territorio della Regione Friuli-Venezia Giulia e per le Farmacie Ospedaliere, il nulla-osta alla stipula della Convenzione sarà fornito dall'Ordine Provinciale dei Farmacisti di Trieste, sentito l'Ordine della Farmacia interessata. Il presente modulo di richiesta, da far pervenire alla Segreteria Didattica del Dipartimento di Scienze Chimiche e Farmaceutiche, verrà pertanto inoltrato dalla stessa all'Ordine Provinciale di Trieste.