



DOMANDA DI TIROCINIO SEMESTRALE OBBLIGATORIO

(questo modulo è compilabile on-line)

Il sottoscritto

Nome e cognome

Numero di matricola

chiede

di poter svolgere il tirocinio professionale come dall'allegato 2; Progetto Formativo e a tal fine si impegna a prendere visione del Codice deontologico del Farmacista e del Regolamento del Tirocinio.

Il/La sottoscritto/a, valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R 28.12.00 n 445 e consapevole della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato e della responsabilità penale in cui può incorrere in caso di dichiarazione mendace secondo gli artt. 75 e 76 del succitato D.P.R.

dichiara

*(per gli iscritti al CdLm in **Farmacia**)*

Di aver superato gli esami di "Farmacoterapia" e "Legislazione e Deontologia Farmaceutica" e di aver frequentato gli insegnamenti di "Tecnologia farmaceutica 1" e "Tecnologia farmaceutica 2 e cosmetici", come previsto dall'art. 6 del Regolamento per il Tirocinio.

*(per gli iscritti al CdLm in **CTF**)*

Di aver superato gli esami di "Farmacologia e farmacoterapia" e "Legislazione Farmaceutica" e di aver frequentato l'insegnamento di "Tecnologia farmaceutica" come previsto dall'art. 6 del Regolamento per Tirocinio.

Di non essere parente, del titolare/direttore/collaboratore della farmacia fino al 4° grado né di essere loro legato da vincoli contrattuali.

Data

 / /

Firma

Estremi Documento di identità

Data e firma dell'impiegato ricevente