**Allegato 3 al** [***Regolamento Tirocini a scelta***](https://corsi.units.it/sites/default/files/media/documents/vademecum_per_i_tirocini_a_scelta_agg._08.01.2020.pdf)

*Corsi di Studio in Farmacia e Chimica e Tecnologia Farmaceutiche*

**DOMANDA PER ATTIVITA’ DI STAGE PRESSO FARMACIE**

**PER L’ACQUISIZIONE DI CREDITI A SCELTA LIBERA (fino ad un massimo di 2 cfu)**

**Il sottoscritto**

Cognome e nome: …..………………………………………………………………………………………………………

Corso di laurea magistrale (o specialistica) in …………………………………… matricola n. ………………………

N. di telefono/cell.: ……………………………………………………….………………………………………………...

**chiede di poter svolgere l’attività di stage come dall’allegato “Progetto Formativo**” (1)**per l’acquisizione di:**

 **-** 1 CFU pari a 25 ore di attività

 **-** 2 CFU pari a 50 ore di attività (barrare una sola casella)

**e a tal fine si impegna a prendere visione del** [Codice Deontologico del Farmacista](http://www.fofi.it/doc_fofi/codice_deontologico.pdf) e a rispettare quanto prescritto dal [Regolamento per Tirocinio Professionale](https://corsi.units.it/sites/default/files/media/documents/regolamento_tirocinio_professionale_farmacia_ctf_agg._29.07.19.pdf), con particolare riferimento all’art. 11 (“Doveri del Tirocinante”).

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 alla LMCU in Farmacia*): di aver superato gli esami di “*Farmacoterapia*” e di “*Tecnologia farmaceutica 1*” e di aver frequentato l’insegnamento di “*Tecnologia farmaceutica 2 e cosmetici”,* come previsto dall’art. 6 del Regolamento per il Tirocinio

 **-** (*per gli iscritti alla LMCU in CTF):* di aver superato gli esami di “*Farmacologia e farmacoterapia”* e di “*Tecnologia farmaceutica”*, come previsto dall’art. 6 del Regolamento per il Tirocinio

 **-** (*per gli studenti dei Corsi di Laurea Specialistica a ciclo unico, DM 509/99*): di aver superato gli esami di “Farmacologia e Farmacoterapia” e di “Tecnologia farmaceutica”, come previsto dall’art. 17 del Regolamento per il Tirocinio

 **-** di non essere parente del titolare/direttore/collaboratore della farmacia fino al 4° grado

 **-** che la predetta attività verrà svolta presso la medesima farmacia dove ha effettuato/sta effettuando il tirocinio professionale

 **-** che la predetta attività verrà svolta presso una farmacia diversa da quella dove ha effettuato/sta effettuando il tirocinio professionale

 **-** di aver già svolto il tirocinio professionale

Trieste, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma(2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(1) il programma di tirocinio dovrà riferirsi ad attività previste relativamente al Tirocinio professionale (art. 8) ma non una ripetizione di attività già svolte.

(2) La firma deve essere apposta davanti all'impiegato ricevente. Qualora la domanda venga spedita per posta o presentata da terzi, allegare fotocopia del documento d'identità del firmatario (art. 38 commi 1 e 3 D.P.R. 28.12.00 n. 445).

|  |  |
| --- | --- |
| Estremi Documento di identità  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Data e firma dell’impiegato ricevente  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Allegato 3 (cont.)**

*Corsi di Studio in Farmacia e Chimica e Tecnologia Farmaceutiche*

**PROGETTO FORMATIVO**

(rif. Convenzione1 n. …… stipulata in data …../…/…..)

**Cognome e nome del tirocinante** ………………………………………………………….....................

codice fiscale……………………...…. nato a …………………… il .…/……/…………………...

residente a…………………………………… via/piazza………………………………n…………………

cellulare ……………………………………… e-mail2……………………………………………………….

Corso di Studio:  Farmacia  CHIMICA E TECNOLOGIA FARMACEUTICHE

Soggetto disabile 3 SI NO

**Azienda ospitante** ................................................…………………………………………................

…………………………………………………………………………………………………………………..

Sede amministrativa ………………………………………………………………………………………....

P.IVA……………………………………………………… Cod. Fiscale…………………………………….

Sito web………………………………………………………………………………………………………...

Attività preminente: Area Sanitaria

Numero dipendenti a tempo indeterminato 4……………………………………………………………….

Aree di interesse aziendale per i tirocini:

|  |  |
| --- | --- |
| Ambiti per i Corsi di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in Farmacia e in Chimica e Tecnologia Farmaceutiche | Farmacia aperta al pubblico  Farmacia Ospedaliera |

Progetto: Obiettivi e modalità del tirocinio (descrizione delle attività5): ………………….……………

…………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………….……………………...……………………………………………………………………………………………...………………….

Settore aziendale di inserimento del tirocinante:

Farmacia aperta al pubblico  Farmacia Ospedaliera

Sede/i del tirocinio 6…………………….. ………………………………………………………………... ..…………………………………………………………………………………………………..……………..

Tempi di accesso ai locali aziendali 7 ………………………………………………………………………

Totale ore settimanali di tirocinio previste 8: ……………………………………………...

Periodo di tirocinio 9 n. ……. ore dal ……/ …. /……. al ……/……. /…….

Tutor universitario: ………………………………………………………………………………

(contatti: tel. 040 558……./………, e-mail: …………………@units.it)

Tutor aziendale: …………………………………...........................................................................

Posizione ricoperta………………………………………………………………………………………

(contatti: tel.…………………………………... e-mail…………………………………………..…….)

Crediti formativi universitari 10 \_\_\_ CFU **(fino ad un massimo di 2)**

Facilitazioni previste (es. borse di studio, mensa, alloggio, rimborso spese, ecc.):

…………………………………………………………………………………………………………….

**Polizze assicurative** 10**:**

* Infortuni sul lavoro INAIL: gestione per conto dello Stato prevista dal combinato disposto dagli artt. 127 e 190 del T.U. INAIL (DPR N. 124/65) e regolamentato dal D.M. 10.10.85 – Axa Assicurazioni SPA n. 8/404324745 scadenza 31/12/2023
* Responsabilità civile verso terzi: Polizza RCT/O n. ITCASC17605 Chubb European Group SE con scadenza il 30/06/2023

Trieste, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il tirocinante ..........................................................

Per l’Università degli Studi di Trieste

Prof./prof.ssa............................................................

Per l’ente ospitante

.................................................................................

1. Il Progetto Formativo va allegato alla Convenzione (DM 142/98 art. 4, D. Pres. FVG 103/2010)
2. Indicare l’indirizzo mail istituzionale assegnato all’atto dell’immatricolazione
3. Ai sensi dell’art. 18, comma 1, lettera d) della legge n. 196/97, nel caso di persone disabili o portatrici di handicap la durata del tirocinio non può superare i ventiquattro mesi “*da modulare in funzione della specificità dei diversi tipi di utenti*”.
4. Il datore di lavoro è tenuto a rispettare i limiti massimi di tirocinanti ospitabili stabiliti dall’art. 1 del D.M. 142/98 in relazione al numero dei propri dipendenti a tempo indeterminato (la compilazione di questo campo non è obbligatoria per le Aziende Pubbliche)
5. Le attività dovranno essere svolte in ottemperanza alla regolamentazione dei tirocini a scelta presso le Farmacie aperte al pubblico/ospedaliere
6. Indicare tutte le sedi di svolgimento abituale del tirocinio, ai fini della copertura assicurativa del tirocinante. In caso di attività svolte occasionalmente in altro stabilimento o fuori sede è necessario darne preavviso scritto alla controparte.
7. Indicare gli orari di accesso alla sede di lavoro, che devono includere, ai fini assicurativi, gli orari di ingresso e uscita del tirocinante. In caso di attività svolte al di fuori di questi orari, è necessario darne preavviso scritto alla controparte.
8. L'orario settimanale vale al fine del computo delle ore totali di tirocinio. Eventuali assenze possono essere recuperate nelle settimane successive, previo consenso da parte del tutor aziendale e del tutor accademico.
9. Nel rispetto dei limiti di cui all’art. 18, comma 1, lettera d) della legge n. 196/97.
10. Se previsti, vanno concordati preventivamente con il tutor universitario.
11. In particolare, per quanto riguarda gli infortuni sul lavoro, il tirocinante deve seguire le procedure indicate alla pagina “Assicurazione degli studenti contro gli infortuni” (<http://www.units.it/dida/ordamm/?file=NormeInfortuni.inc> ).

**Allegato 4 al** [***Regolamento Tirocini a scelta***](https://corsi.units.it/sites/default/files/media/documents/vademecum_per_i_tirocini_a_scelta_agg._08.01.2020.pdf)

**ATTESTAZIONE FINALE TIROCINIO**

**Cognome e nome del tirocinante**: ………………………………………………………………………

residente a : ………………….………. via/piazza …………………………….…… n………………..

cellulare : ………………………….. e-mail…………………………………………………………… …

Corso di Studio : ………………………………………………………………………………………………

Soggetto disabile SI NO

HA PARTECIPATO AL SEGUENTE TIROCINIO

Riferimento convenzione n………………..prot……………………………………………………………..

Progetto:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Promosso da (soggetto promotore) Università degli Studi di Trieste - Dipartimento di Scienze Chimiche e Farmaceutiche

Svolto presso (soggetto ospitante……………………… …………………………………………………

dal ………………… al………………. per un numero complessivo di giornate / mesi di attività …………………………………

CFU riconosciuti n. ………………..(massimo 2 cfu se svolto in Farmacia/Farmacia ospedaliera)

**Tutor universitario:**

prof.. /prof.ssa …………………………………………………………………..…………

(contatti: tel. 040 558…………..….., e-mail: …………….………..@units.it)

**Tutor aziendale:** …………………………………………….

(contatti: tel…………………………… e-mail…………………………………………….…)

HA SVOLTO LE SEGUENTI ATTIVITA’

|  |  |
| --- | --- |
| Attività oggetto del tirocinio[[1]](#footnote-1) | Descrizione e **valutazione** sintetica dell’attività |
| Settore…………………………………………………………..  Area di attività………………………………………………….  Attività…………………………………………………………..  ………………………………………………………………..…  ………………………………………………………………..... | ……………………………………………………….  ……………………………………………………….  ………………………………………………………..  ………………………………………………………. |
| Settore…………………………………………………………..  Area di attività………………………………………………….  Attività…………………………………………………………..  ………………………………………………………………..…  ………………………………………………………………..... | ……………………………………………………….  ……………………………………………………….  ………………………………………………………..  ………………………………………………………. |

Trieste,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma, per l’Università degli Studi di Trieste Prof./prof.ssa (Nome Cognome)

......................................................................................................................................................

Firma e Timbro, per il soggetto ospitante (Nome Cognome)

........................................................................................................................................................

1. Descrivere, facendo riferimento al progetto formativo, le attività effettivamente svolte dal tirocinante, documentate e/o documentabili e suscettibili di valutazione. [↑](#footnote-ref-1)