



**PROGETTO FORMATIVO PER TIROCINIO SEMESTRALE OBBLIGATORIO**

(questo modulo è compilabile on-line)

Nome e cognome del tirocinante

Numero di matricola  Codice Fiscale

Cellulare

Corso di Studi  Farmacia  Chimica e Tecnologia Farmaceutiche

Soggetto disabile  Sì  No

Periodo unico di Tirocinio

Primo periodo di Tirocinio

Secondo periodo di Tirocinio

Farmacia ospitante

Sede della Farmacia:

Via e numero civico

Comune  Provincia

Sede amministrativa (solo se diversa dalla sede della Farmacia): ..

Via e numero civico

Comune

Obiettivi e modalità del Tirocinio:

Quelli previsti dalla Classe di Laurea magistrale LM-13 di cui al DM 16 marzo 2007 come modificati dal DI 5 luglio 2022, n. 651.

*Partecipazione assistita e verificata dello studente alle attività della struttura ospitante nei seguenti ambiti: deontologia professionale; conduzione e svolgimento del servizio farmaceutico; somministrazione/dispensazione, conservazione e preparazione dei medicinali; prestazioni erogate nell'ambito del SSN; informazione ed educazione sanitaria della popolazione; gestione imprenditoriale della farmacia e tutti i servizi previsti dalla normativa vigente.*

Durata del periodo di Tirocinio: dal // al //

Ore previste

Tutore aziendale: dott.

Contatti: Telefono  e-mail

Polizze assicurative:

- 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 n. 113784483 GROUPAMA ASSICURAZIONI SPA con scadenza il 31/12/2023

Parte riservata alla Segreteria Didattica

Convenzione n. <input type="text"/>	stipulata in data	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Tutor universitario: prof. <input type="text"/>						
Contatti: Telefono 040 558 <input type="text"/>						
e-mail <input type="text"/>						
@units.it						

Data di presentazione  /  /

Il tirocinante .....

Per l'Università degli Studi di Trieste

Prof./Prof.ssa.....

Per l'ente ospitante

.....