

ISTRUZIONI PER IL TIROCINANTE

Stampare questo foglio, che contiene la modulistica da consegnare allo Sportello Tirocini con tutte le firme necessarie (selezionare le impostazioni indicate nell'immagine seguente)

Opzioni

- Foglio di lavoro corrente
- Tutti i fogli
- Selezione

- Ripeti intestazioni di riga su ciascuna pagina
- Senza griglia
- Includi titolo documento
- Includi nomi dei fogli
- Includi numeri di pagina

Layout



I fogli successivi contengono: il frontespizio del libretto, il riepilogo delle attività svolte durante il tirocinio (fogli che non devono essere modificati) e 30 fogli settimanali da compilare con le attività svolte durante il tirocinio, secondo le indicazioni fornite dai tutori.

In fondo a questo foglio c'è anche il badge da ritagliare ed inserire nel portabadge che sarà consegnato dallo Sportello Tirocini e che dovrà essere riconsegnato.

Al termine del tirocinio: consegnare al tutore accademico il portabadge, il registro delle presenze e la valutazione del tirocinio (qualora non sia stata effettuata online dal tutore professionale).

ISTRUZIONI PER IL TUTORE PROFESSIONALE

Nei prossimi giorni Le verrà inviata una email contenente le istruzioni per accedere a questo libretto-diario da qualsiasi pc e le istruzioni per concludere il tirocinio e dichiararne l'adeguato svolgimento.

Firma per presa visione

Il tutore professionale Dr. ___##Tutore professionale##___



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

Dipartimento di Scienza e Tecnologia del Farmaco
Segreteria Didattica DSTF, Via P. Giuria 15 - 10126 Torino (To)

Tel.: +39 011 6707974 Fax: +39 011 6707972

E-mail: michela.palladino@unito.it

Sito web: <http://www.farmacia-dstf.unito.it/do/home.pl/View?doc=tirocinii.html>

PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO

Riferito alla Convenzione n°

stipulata in data

Tirocinio curriculare n°

1. DATI ANAGRAFICI DEL TIROCINANTE

Cognome: __##Cognome##__

Nome: __##Nome##__

Comune di nascita: __##Comune di nascita##__

Data di nascita: __##Data di nasc

Residente in __##Residente in##__

Matricola: __##Matricola##__

Codice fiscale: __##Codice fiscale##__

TEL/CELL: __##Tel/cell##__

Email ist.: __##Email istituzionale##__

Variazione contatti tirocinante:

2. CONDIZIONE ATTUALE DEL TIROCINANTE

Studente universitario iscritto Al Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in

__##Corso di laurea##__

3. DATI del TIROCINIO

Soggetto ospitante (denominazione): __##Denominazione della farmacia##__

Sede del tirocinio (indirizzo Provincia: __##Pro Comune: __##Comune della farmacia##__

Via/Piazza e n. civico: __##Indirizzo della farmacia##__

Periodo del tirocinio:

Mesi: __##Durata del tirocinio##__

Inizio: __##Data di inizio##__

CFU:

GG. aggiuntivi* __##Giorni aggiunti

Termine previsto fra il #VALUE! e il #VALUE!

* Indicare i giorni di chiusura per ferie o le eventuali altre assenze previste (le chiusure infrasettimanali e per ferie sono regolate da accordi tra Ordini e Comune di appartenenza della Farmacia)

Orario indicativo giornaliero al massimo di 7h articolate su un massimo di 6 giorni (da lunedì al sabato) per un complessivo di 30 h settimanali all'interno dell'orario di apertura della farmacia

Dalle ore __##Ora di apertura##__ alle ore __##Ora di chiusura##__

Per un totale di 0 ore.

Il tirocinio potrà svolgersi, su richiesta scritta dell'azienda, anche in luoghi ed orari diversi da quelli indicati, concordando il rimborso delle eventuali spese di trasferta. Il tirocinio potrà essere interrotto da entrambe le parti.

Responsabili universitari

Tutore accademico: __##Tutore accademico##__

email:

Responsabili aziendali

Responsabile della farmacia: __##Responsabile della farmacia##__

Tutore professionale: __##Tutore professionale##__

email: __##Email del tutore professionale##__

4. OBIETTIVI e MODALITÀ del TIROCINIO

Il tirocinio è orientato a fornire allo studente le conoscenze necessarie ad un corretto esercizio professionale. Per ciascun tirocinio attivato viene predisposto un progetto formativo sulla base del

1. organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, normativa nazionale e regionale;
2. Ordine Professionale e codice deontologico;
3. gestione tecnico – amministrativa della Farmacia, inerente all'organizzazione ed allo svolgimento del servizio farmaceutico, sulla base della normativa vigente, nazionale e regionale;
4. verbali d'ispezione ordinaria e straordinaria;
5. arredi e organizzazione della Farmacia e del laboratorio galenico;
6. prestazioni farmaceutiche, con particolare riguardo a quelle svolte nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale;
7. acquisto, detenzione e dispensazione dei medicinali, con particolare riguardo agli stupefacenti; alienazione dei medicinali e delle materie prime divenute invendibili;
8. allestimento dei medicinali in Farmacia e norme di buona preparazione;
9. stabilità e buona conservazione dei medicinali; medicinali scaduti e revocati;
10. i nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale (D.Lvo 153/2009): ADI, CUP, programmi di informazione ed educazione sanitaria e prevenzione, servizi di primo e secondo livello;
11. farmacovigilanza;
12. automedicazione, farmaci senza obbligo di ricetta medica, etici ed equivalenti;
13. fitoterapia, cosmetica, omeopatia;
14. alimenti in farmacia: integratori alimentari, prodotti per l'infanzia, ADAP, nutraceutici;
15. interazioni tra farmaci e tra farmaci ed alimenti;
16. utilizzo delle fonti di informazione disponibili nella Farmacia o accessibili presso strutture centralizzate;
17. impiego delle piattaforme telematiche di supporto al rilevamento ed alla conservazione dei dati professionali e aziendali;
18. testi e registri obbligatori;
19. il sistema di autocontrollo HACCP (D. Lvo n. 155/97);
20. elementi della gestione imprenditoriale della Farmacia e gli adempimenti inerenti la disciplina fiscale;
21. ogni argomento professionale divenuto di attualità

5. EVENTUALI FACILITAZIONI PREVISTE

(indicare esplicitamente borse di studio, servizio mensa, ticket restaurant, ecc.)

| Facilitazione | Importo (€) |
|---------------|-------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

6. POLIZZE ASSICURATIVE

L'Università degli Studi di Torino garantisce la copertura assicurativa del tirocinante per:

- infortuni: la copertura assicurativa contro gli infortuni e le malattie professionali è garantita dall'INAIL attraverso la speciale forma della 'Gestione per conto dello Stato' (D.P.R. n. 567 del 10.10.1996 e D.P.R. n.156 del 9.4.1999, nonché del combinato disposto degli art. 127 e 190 T.U. n. 1124/65 e regolamentato dal D.M. 10.8.1985) - PAT INAIL 99992000. Codice Amministrazione per la denuncia degli infortuni: ENTE STATO - codice 3100.

- Responsabilità civile: polizza n. 65/62542097 stipulata con Unipol S.p.A., valida dal 31/12/2011 al 31/12/2016.

7. OBBLIGHI DEL TIROCINANTE

Durante lo svolgimento del tirocinio, il tirocinante si impegna a:

- svolgere le attività previste dal progetto formativo e di orientamento;
- attenersi alle indicazioni fornite dal responsabile didattico-organizzativo dell'Ateneo e dal Responsabile Aziendale;
- rispettare le norme in materia di igiene, sicurezza e salute sui luoghi di lavoro;
- rispettare i regolamenti interni del Soggetto ospitante, compatibilmente con la finalità del tirocinio e con la particolare natura del rapporto;
- mantenere, anche dopo lo svolgimento del tirocinio, la necessaria riservatezza per quanto attiene dati, informazioni o conoscenze in merito a processi produttivi e prodotti, acquisiti durante lo svolgimento del tirocinio;
- richiedere verifica ed autorizzazione per eventuali elaborati o relazioni verso terzi in relazione all'attività svolta presso il Soggetto ospitante.

Torino, 24/03/2015

IL TIROCINANTE

Firma

PER IL SOGGETTO PROMOTORE

Il Vicedirettore vicario Prof.ssa Antonella Di Stilo

Firma e timbro

Il tutore accademico

Firma

PER IL SOGGETTO OSPITANTE

Il Responsabile della Farmacia

Firma e timbro

Il tutore professionale

Firma

Dichiarazione di inizio tirocinio

Contenente dichiarazioni sostitutive ex art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445

relativa al tirocinio di ___##Nome##_ _##Cognome##_ _

Periodo di svolgimento: dal ___##Data di inizio# al #VALUE!

Il sottoscritto ___##Nome##_ _##Cognome##_ _

nato il ___##Data di nasci a ___##Comune di nascita##_ _

CF: ___##Codice fiscale##_ _

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

dichiara

1) di essere in possesso dei requisiti curriculari per l'avvio del tirocinio, così come previsti dal regolamento del Corso di Laurea Magistrale in ___##Corso di laurea##_ _

2) di non avere una relazione di parentela o affinità di primo o secondo grado o di coniugio con il direttore o titolare della Farmacia, con il tutore professionale o con altri farmacisti soci/associati della società che gestisce la farmacia.

Firma del tirocinante

Il sottoscritto tutore professionale ___##Tutore professionale##_ _

nato a _____ il _____

CF _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

dichiara

di non aver riportato sanzioni disciplinari di censura o sospensione rispettivamente negli ultimi due o negli ultimi cinque anni e di non avere procedimenti disciplinari in corso.

Firma del tutore professionale

Il sottoscritto ___##Responsabile della farmacia##_ _

nato a _____ il _____

CF _____ Responsabile della ___##Denominazione della farmacia##_ _

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

dichiara

1) di non aver riportato sanzioni disciplinari di censura o sospensione rispettivamente negli ultimi due o negli ultimi cinque anni e di non avere procedimenti disciplinari in corso.

e la valutazione del tirocinio (qualora non sia stata effettuata online dal tutore professionale).

Firma del responsabile della farmacia

Sussistendo ogni presupposto, il responsabile del procedimento autorizza l'avvio del tirocinio e ne dà comunicazione all'Ordine dei farmacisti competente per territorio.

Il responsabile del procedimento (timbro e firma)

Badge da ritagliare



Università degli Studi di Torino

Dipartimento di Scienza e Tecnologia del Farmaco



Ordine dei Farmacisti

della Provincia di Torino

TIROCINANTE

__**##Cognome##**__

__**##Nome##**__