

NOVARA

Data

SPETT.LE ORDINE DEI FARMACISTI
VIA SANT'ANSELMO 14 - 10125 TORINO

Tirocinio professionale

...l...sottoscritt...dott.....

Responsabile in qualità di titolare direttore

della Farmacia

Sita in.....via.....

COMUNICA chel...Sig.....

Nat.....ail.....

Residente invia.....

Iscritt. alanno del corso di Laurea magistrale in Farmacia o Chimica e Tecnologia Farmaceutiche dell'Università degli Studi di **Novara** matr.N°.....

HA INIZIATO/CESSATO il tirocinio presso la farmacia di cui sopra in data.....

e Tutore professionale è il dott.

Autocertifica, ai sensi della Legge 15/68 e successive modificazioni ed integrazioni, di non aver riportato sanzioni disciplinari di censura o sospensione rispettivamente negli ultimi due o negli ultimi cinque anni, ai sensi della delibera del Consiglio dell'Ordine dei Farmacisti di Torino n. 94 del 19 dicembre 2017 e di non avere in corso procedimenti disciplinari.

In fede

TIMBRO E FIRMA

.....

(da compilare solo se il Tutore professionale è diverso dal Responsabile della Farmacia)

Il tutore professionale **autocertifica**, ai sensi della Legge 15/68 e successive modificazioni ed integrazioni, di non aver riportato sanzioni disciplinari di censura o sospensione rispettivamente negli ultimi due o negli ultimi cinque anni, ai sensi della delibera del Consiglio dell'Ordine dei Farmacisti di Torino n. 94 del 19 dicembre 2017 e di non avere in corso procedimenti disciplinari.

Firma del Tutore professionale

Firma del Tirocinante

N.B. IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE CONSEGNATO AGLI UFFICI DELL'ORDINE TASSATIVAMENTE ENTRO 15 GIORNI A PARTIRE DALLA DATA DI INIZIO O DI CESSAZIONE

Estratto VERBALE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO N. 20 del 10 DICEMBRE 2017

TIROCINIO PER LA PRATICA PROFESSIONALE

... o m i s s i s ...

DELIBERAZIONE N. 94

Il Consiglio delibera, al fine di individuare le Farmacie idonee a seguire tirocini curriculari ed extracurriculari, di stabilire i seguenti criteri:

Non potranno svolgere attività tutoriale per i periodi sotto indicati le farmacie ai cui titolari o direttori siano state irrogate dall'Ordine, ed eventualmente confermate nei vari gradi di giudizio, le sanzioni disciplinari della censura o della sospensione

- di due anni per le farmacie ai cui titolari o direttori sia stato irrogato, ed eventualmente confermato, il provvedimento di censura
- di cinque anni per le farmacie ai cui titolari o direttori sia stato irrogato, ed eventualmente confermato, il provvedimento di sospensione.

Questo criterio dovrà essere altresì applicato per i tutori che non siano titolari o direttori della farmacia scelta dal tirocinante. Inoltre dovrà essere sottoscritta dal titolare e dal tutore una dichiarazione, con valore di autocertificazione, di non aver riportato sanzioni disciplinari di censura o sospensione rispettivamente negli ultimi due o negli ultimi cinque anni e di non avere in corso procedimenti disciplinari.

... o m i s s i s ...

NOVARA

Data

SPETT.LE ORDINE DEI FARMACISTI
VIA SANT'ANSELMO 14
10125 TORINO

DICHIARAZIONE

...l...sottoscritt.....

Nat.....ail.....

Residente invia..... Tel.

Iscritt.. alla Facoltà di Farmacia dell'Università di NOVARA dichiara che saranno a propria cura e carico

- la trasmissione all'Università della documentazione riguardante il proprio tirocinio presso
la farmacia sita in
- l'informazione alla farmacia ospitante delle modalità di svolgimento del tirocinio stabilite dall'Università di Novara
- tutto quanto riguarda il tirocinio degli studenti, iscritti all'Università di Novara, nelle farmacie della Provincia di Torino

In fede

Firma del Tirocinante

.....