

Data ...../...../.....

Allegato 3

Spett.le Ordine dei Farmacisti della provincia di Torino  
mail: sara@ordinefarmacisti.torino.it

## **Comunicazione di INIZIO tirocinio professionale**

..I... sottoscritt ... dr .....  
Titolare/Direttore della Farmacia .....  
sita nel comune di .....  
in Via/C.so/Piazza .....  
Telefono ....., E-mail .....

### **COMUNICA**

che il/la Signor/Signora .....  
nat... a .....(.....) il .....

Residente in ..... via.....

Iscritt... al ..... anno del corso di Laurea magistrale in:

- Farmacia;  
 Chimica e Tecnologia Farmaceutiche;

dell'Università degli Studi di ..... matricola n. ....

**HA INIZIATO** il tirocinio della durata di .... mesi presso la farmacia di cui sopra in data .....

il Tutor professionale è il dr .....

**DICHIARA** di essere a conoscenza dell'art.3, 6, 8 e 9 del Regolamento (consultabile sul sito <https://ordinefarmacisti.torino.it/regolamento-tirocinio/>)

**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.

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE DELLA FARMACIA .....

➤ **DA COMPILARE SOLO SE IL TUTOR 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 .....

Il TIROCINANTE iscritto al Corso di Laurea di ..... dichiara di aver INIZIATO il tirocinio nella data sopraindicata

FIRMA TIROCINANTE .....

N.B. IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE INVIATO **TASSATIVAMENTE** ENTRO 15 GIORNI A PARTIRE DALLA DATA DI ATTIVAZIONE AL FINE DI POTER OTTENERE I CREDITI ECM.