

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

Allegato 4

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

Comunicazione di FINE 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 TERMINATO il tirocinio 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 TERMINATO 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.