



**Progetto formativo** per le attività di tirocinio svolto dagli studenti della Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera fuori rete formativa

<b>Nominativo del tirocinante</b> _____ Nato a _____ il _____ Residente in _____ Via _____ n. _____ cellulare _____ Codice fiscale n. _____ E-mail _____ <b>Matricola n.</b> _____
---

<b>(Denominazione Ente ospitante)</b> _____ <b>Indirizzo</b> _____ <b>CAP</b> _____ <b>Città</b> _____ <b>Prov.</b> _____ <b>Partita I.V.A.</b> _____ <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px; margin-left: auto; margin-right: auto; text-align: center; padding: 5px;">Timbro dell'Ente ospitante</div>
---

<b>Tutor Ente ospitante</b> _____ <b>Luogo di nascita</b> _____ <b>data di nascita</b> _____ <b>Indirizzo</b> _____ <b>città</b> _____ <b>Codice Fiscale</b> _____ <b>E-mail</b> _____ <b>Tel.</b> _____
--

<b>Tutor dell'Università</b> _____ <b>Tel.</b> _____ <b>E-mail</b> _____
---

Periodo di tirocinio previsto **dal** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ **al** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Tempi di accesso alle strutture aziendali (massimo 36 ore settimanali – massimo 8 ore giornaliere)**

		Lunedì	martedì	mercoledì	giovedì	venerdì	sabato
mattina	dalle						
	alle						
pomeriggio	dalle						
	alle						

**Polizze assicurative:**

- assicurazione contro gli infortuni, mediante assicurazione INAIL (polizza n. 3140)
- assicurazione infortuni con Polizza Generali Italia – polizza n. 360177609 – valida dal 29.02.2016 al 31.08.2020
- assicurazione contro i rischi derivanti da responsabilità civile, con Polizza Unipolsai – polizza n. 131693299 - valida dal 29.02.2016 al 31.08.2020

Si precisa che le polizze assicurative dell'Università di Pisa non coprono i rischi derivanti dallo svolgimento di attività medico-sanitaria, rischi che restano a carico della struttura ospedaliera ospitante.

**OBIETTIVI E MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELLO STAGE (descrizione dettagliata o rimando ad eventuale allegato)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**OBBLIGHI DEL TIROCINANTE**

1. seguire le indicazioni dei tutor e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre esigenze;
2. rispettare i regolamenti disciplinari, le norme organizzative di sicurezza e di igiene sul lavoro vigente in Azienda;
3. mantenere l'obbligo della segretezza durante e dopo il tirocinio per quanto attiene a prodotti, processi produttivi e ad ogni altra attività o caratteristica dell'Ente ospitante di cui venga a conoscenza durante il tirocinio;
4. richiedere verifica ed autorizzazione per eventuali elaborati o relazioni verso terzi.

Pisa, \_\_\_\_\_

Il tutor dell'Ente ospitante (\*)

Il tutor universitario

Direttore della  
Scuola di Specializzazione

\_\_\_\_\_

firma

\_\_\_\_\_

firma

\_\_\_\_\_

firma

Legale rappresentate dell'Ente ospitante  
(se diverso dal tutor) (\*)

Direttore del  
Dipartimento di Farmacia

Firma per presa visione  
(particolarmente dei punti 3 e 4)  
e integrale accettazione del tirocinante

\_\_\_\_\_

firma

\_\_\_\_\_

firma

\_\_\_\_\_

firma

(\*) Con la firma sul progetto formativo l'Ente ospitante autorizza il tirocinante a svolgere il periodo di tirocinio presso la propria struttura nel periodo previsto ed attesta di disporre di strutture ed organizzazione idonee a consentire lo svolgimento del tirocinio, in coerenza con il progetto formativo indicato.