



ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI _____

Fac-simile

DOMANDA DI ADESIONE DELLA FARMACIA APERTA AL PUBBLICO ALLA CONVENZIONE STIPULATA TRA L'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI/IL DIPARTIMENTO DI FARMACIA-SCIENZE DEL FARMACO DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI.....E L'ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DIPER L'ESPLETAMENTO DEL TIROCINIO PROFESSIONALE PER GLI STUDENTI DEI CORSI DI STUDIO IN FARMACIA E CHIMICA E TECNOLOGIA

Il sottoscritto Dott/ Dott.ssa
Nato/a a ilresidente
in..... C.A.P.....
via..... n. civ. riconosciuto a mezzo di
.....n. rilasciato da in
data

Iscritto all' Ordine dei Farmacisti di daln. iscrizione
Codice Fiscale.....
Indirizzo di posta elettronica certificata
n. telefonico.....

in qualità di titolare/direttore della farmacia

Dati relativi alla farmacia ospitante:

Farmacia ospitante:
Città Cap
ViaN°.....
Recapiti telefonici

congiuntamente al legale rappresentante (se diverso compilare i dati richiesti di seguito)

Dati relativi al legale rappresentante:

COGNOMENOME.....

nato a ilresidente
in..... C.A.P.....
via..... n. civ. riconosciuto a mezzo di
.....n. rilasciato da in
data

Codice Fiscale.....

Indirizzo di posta elettronica certificata.....

VISTO l'art. 27 del D.P.R. 382/80 prevede che le Università possano stipulare convenzioni con enti pubblici o privati *al fine di avvalersi di attrezzature e servizi logistici extrauniversitari per lo svolgimento di attività didattiche integrative di quelle universitarie, finalizzate al completamento della formazione accademica e professionale;*

VISTO l'art. 8, co. 1, della Legge 19 novembre 1990, n. 341 prevede: *“Per la realizzazione dei corsi di studio nonché delle attività culturali e formative di cui all’art. 6, le università possono avvalersi, secondo modalità definite dalle singole sedi, della collaborazione di soggetti pubblici e privati, con facoltà di prevedere la costituzione di consorzi, anche di diritto privato, e la stipulazione di apposite convenzioni”;*

VISTO l'art. 2, co. 1, (Tabella XXVII - Corso di Laurea in Farmacia) del Decreto del Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica del 30 giugno 1995 *“Modificazioni all’ordinamento didattico universitario relativamente al corso di laurea in Farmacia”* pubblicato sulla G.U. n. 41 del 19/2/96 prevede: *“La durata del corso di laurea in Farmacia è fissata in cinque anni e comprende un periodo semestrale di tirocinio pratico professionale presso una farmacia aperta al pubblico od ospedaliera”;*

VISTO l'art. 5-bis del decreto del Ministero della Pubblica Istruzione 9 settembre 1957, e successive modificazioni, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 271 del 2 novembre 1957, recante *“Approvazione del regolamento sugli esami di Stato di abilitazione all’esercizio delle professioni”* prevede: *“Agli esami di Stato per l’esercizio della professione di farmacista sono ammessi anche i laureati in chimica e tecnologia farmaceutiche che abbiano compiuto il tirocinio di pratica previsto dal D.P.R. 18 luglio 1972, n. 523”;*

CONSIDERATO che i corsi di laurea specialistica in Farmacia e in Chimica e Tecnologia Farmaceutiche appartengono alla classe delle lauree specialistiche in Farmacia e Farmacia Industriale (14/S) e che il decreto del Ministero dell'università e della ricerca scientifica e

tecnologica del 28 novembre 2000, negli obiettivi formativi qualificanti prevede: *“i laureati nei corsi di laurea specialistica della classe sono dotati delle basi scientifiche e della preparazione teorica e pratica necessarie all’esercizio della professione di farmacista”* e *“Il corso di laurea specialistica in farmacia ha la durata di cinque anni, che comprendono un periodo di sei mesi di tirocinio professionale presso una farmacia aperta al pubblico, o in un ospedale sotto la sorveglianza del servizio farmaceutico, per non meno di 20 CFU”*;

VISTO l’articolo 50 del decreto legislativo del 9 novembre 2007, n. 206 che sancisce una formazione della durata di almeno cinque anni di cui almeno sei mesi di tirocinio in una farmacia aperta al pubblico o in un ospedale sotto la sorveglianza del servizio farmaceutico di quest'ultimo;

VISTO il decreto del Ministro dell’istruzione, dell’università e della ricerca 16 marzo 2007, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 9 luglio 2007, n. 157, recante *“Determinazione delle classi di laurea magistrale”*, il quale, nella Tabella delle classi di laurea magistrale, prevede la LM-13 Classe delle lauree magistrali in FARMACIA E FARMACIA INDUSTRIALE;

VISTA la legge 8 novembre 2021, n. 163, recante *“Disposizioni in materia di titoli universitari abilitanti”* e, in particolare, gli articoli 1 e 3;

VISTO il decreto del Ministro dell’università e della ricerca del 10 ottobre 2022, n. 1147 di Revisione dell’ordinamento della Classe del Corso di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in *“Farmacia e farmacia industriale”* di cui al Decreto Ministeriale 16 marzo 2007;

VISTO il decreto del Ministro dell’Università e della ricerca di concerto con il Ministro della salute del 5 luglio 2022, n. 651 *“Laurea Magistrale a ciclo unico abilitante alla professione di Farmacista - Classe LM-13”* (Attuazione articoli 1 e 3 della Legge 8 novembre 2021, n. 163);

VISTO, in particolare, l’articolo 2, comma 3, del decreto del Ministro dell’Università e della Ricerca del 5 luglio 2022, n. 651, secondo cui *“Il TPV comprende contenuti minimi ineludibili di valenza tecnico scientifica e pratico operativa dell’attività del farmacista, compresi indicativamente i seguenti ambiti: deontologia professionale; conduzione e svolgimento del servizio farmaceutico; somministrazione/dispensazione, conservazione e preparazione dei medicinali; prestazioni erogate nell’ambito del Servizio sanitario nazionale; informazione ed educazione sanitaria della popolazione; gestione imprenditoriale della farmacia e tutti i servizi previsti dalla normativa vigente. Tali ambiti sono specificati ed integrati in un apposito protocollo stipulato dalla Federazione degli Ordini dei farmacisti italiani e dalla Conferenza dei rettori delle università italiane (di seguito, CRUI), sentito il Consiglio universitario nazionale e la Conferenza delle scienze del farmaco. Il protocollo definisce altresì le modalità di attivazione, di svolgimento e di valutazione del tirocinio”* ed il successivo comma 5 che stabilisce che *“Per l’attivazione del*

TPV, il Dipartimento a cui afferisce il corso o la competente struttura di raccordo stipulano una specifica convenzione con l'Ordine provinciale dei farmacisti o con l'azienda sanitaria locale od ospedaliera di riferimento della farmacia, sulla base del protocollo di cui al comma 3";

VISTO il Protocollo in materia di TPV stipulato il 5 ottobre 2023, ai sensi dell'articolo 2, comma 3, decreto del Ministro dell'Università e della ricerca di concerto con il Ministro della salute del 5 luglio 2022, n. 651, dalla Federazione degli Ordini dei farmacisti italiani e dalla CRUI, sentiti il Consiglio Universitario Nazionale e la Conferenza delle Scienze del Farmaco;

VISTO, in particolare, l'art. 8, co.1, del citato Protocollo stipulato il 5 ottobre 2023 in materia di TPV, che stabilisce che i rapporti con le farmacie, di comunità e ospedaliere, sono regolati da convenzioni stipulate tra l'Ordine e il titolare o l'Azienda sanitaria locale o ospedaliera;

TENUTO CONTO che il citato Protocollo:

- a) specifica e integra gli ambiti dei contenuti minimi ineludibili relativi alle attività tecnico-professionali e pratico-operative del tirocinio pratico-valutativo;
- b) definisce le modalità di attivazione, di svolgimento e di valutazione del TPV, cui deve fare riferimento la specifica convenzione stipulata da Ateneo e da Ordine professionale dei farmacisti;
- c) sostituisce convenzioni/regolamenti sinora esistenti e sottoscritti dagli Atenei e dagli Ordini provinciali.

PRESO ATTO CHE:

TRA

l'Università di, (C.F.....) con sede in, Vian., rappresentata nella persona di (C.F.:.....), in qualità di, (d'ora innanzi Università)

E

l'Ordine dei Farmacisti della Provincia di(C.F.:.....), con sede legale in vian°, CAP.....città....., rappresentato nella persona del Presidente, Dr....., (C.F.:.....) domiciliato per la carica presso lo stesso Ordine (d'ora innanzi Ordine)

è stata stipulata la convenzione per lo svolgimento del Tirocinio pratico valutativo che qui si intende integralmente richiamata ed accettata in toto e in singulis.

ATTESO CHE:

1. le Farmacie incluse nell'elenco stilato dall'Ordine mettono a disposizione dell'Università le proprie strutture per lo svolgimento del tirocinio professionale degli studenti dei Corsi

di Laurea specialistica/magistrale in Farmacia e in Chimica e Tecnologia/e Farmaceutiche e che la disponibilità delle strutture viene offerta per lo svolgimento dell'attività di tirocinio pratico-professionale;

2. sarà prerogativa esclusiva dell'Ordine stabilire a proprio insindacabile giudizio, anche mediante proprio delegato, l'idoneità della farmacia stessa all'espletamento delle attività oggetto della odierna richiesta come pure il numero dei tirocinanti ammessi; il convenzionamento potrà essere oggetto di revoca da parte del Consiglio dell'Ordine in qualsiasi momento così come la variazione del numero dei tirocinanti ammessi;
3. l'accesso alle strutture sarà guidato dal personale farmacista della Farmacia ospitante con compiti di illustrazione e di formazione;
4. le attività pratiche saranno svolte nelle farmacie in elenco, nel rispetto delle norme di sicurezza previste dalle vigenti disposizioni in materia;
5. l'attività di tirocinio è svolta per non più di 40 ore a settimana (art. 2, c.2, del decreto del Ministro dell'università e della ricerca 651 del 5 luglio 2022), per un totale di 900 ore, di cui almeno 450 da svolgersi presso una farmacia di comunità, e corrisponde a 30 crediti formativi universitari (di seguito, CFU);
6. la presenza in farmacia si articola entro le fasce orarie di apertura della stessa, escluso l'orario notturno, e con l'assistenza del tutor professionale;
7. il titolare/direttore della Farmacia individua per ogni tirocinante, tra il proprio personale abilitato alla professione di farmacista e iscritto all'Ordine Professionale da almeno due anni, il responsabile delle attività di tirocinio (tutor);
8. il numero di tirocinanti accolti dalla farmacia è pari al rapporto massimo di un tirocinante per ogni farmacista tutor;
9. l'Ordine valuterà sotto il profilo disciplinare ogni fatto, coinvolgente propri iscritti, in contrasto con il Regolamento e dei quali l'Università vorrà informare l'Ordine stesso

RICHIEDE

- l'inserimento della farmacia nell'elenco delle farmacie aderenti alla suddetta Convenzione;
- di accogliere contemporaneamente un numero di studenti pari aai sensi di quanto previsto dalla Convenzione

A TAL FINE, IL SOTTOSCRITTO SI IMPEGNA A:

- garantire che il tirocinante abbia le condizioni di sicurezza e di igiene previste dalla normativa

vigente;

- vigilare sul tutor professionale affinché assolva all'incarico di seguire e assistere direttamente il tirocinante durante la pratica professionale, garantendo l'osservanza delle modalità di svolgimento del tirocinio;
- garantire che il tirocinante acquisisca le nozioni e le abilità riguardanti i contenuti di base indicati all' art. 3 del Protocollo del 5 ottobre 2023;
- garantire ogni forma di collaborazione con l'Ordine e con l'Università tesa al miglior svolgimento dell'attività e alla verifica del corretto espletamento del tirocinio;
- garantire l'accesso ai locali della farmacia stessa ai delegati dell'Ordine garantendo la piena disponibilità ad esibire la documentazione e la strumentazione tecnica ivi compreso il registro dei verbali di ispezione;
- a comunicare tempestivamente ogni variazione in merito all'assetto della forza lavoro o eventuali variazioni della direzione e dell'assetto societario.

In fede.

Luogo, Data

*Firma del titolare/direttore
della Farmacia Ospitante*

Timbro per accettazione da parte dell' Ordine

Fac-simile All. 1 - dichiarazione del titolare/direttore della farmacia in ordine al personale farmacista operante in farmacia

Fac-simile All. 2 – Modulo di comunicazione variazione dei dati rilevanti ai fini della convenzione tirocinio

Fac-simile All. 1 - dichiarazione del titolare/direttore della farmacia in ordine al personale farmacista operante in farmacia



ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI

Allegato n°1
alla domanda di adesione della Farmacia per l'espletamento del tirocinio pratico valutativo

1- DICHIARAZIONE DEL TITOLARE/DIRETTORE DELLA FARMACIA IN ORDINE AL PERSONALE FARMACISTA OPERANTE IN FARMACIA

Il sottoscritto Dott/ Dott.ssa

con riferimento alla domanda di adesione sottoscritta in data con codesto Ordine in data.....

DICHIARA CHE:

1. il personale in forza alla data odierna della farmacia è di **n.....** collaboratori farmacisti

FULL TIME ORE 40 SETTIMANALI NUMERO COLLABORATORI FARMACISTI

PART TIME ORE NUMERO

PART TIME ORE NUMERO.....

PART TIME ORE NUMERO.....

PART TIME ORE NUMERO.....

2. il numero dei tirocinanti in forza di convenzione diversa dalla presente, siglata con Ordine dei Farmacisti diverso od Università degli Studi diversa o comunque in forza di progetti formativi o convenzioni stipulate a qualunque titolo èIn fede.

Luogo, Data

*Firma del titolare/direttore
della Farmacia Ospitante
o del Legale Rappresentante*

Fac-simile All. 2 - Modulo di comunicazione variazione dei dati rilevanti ai fini della convenzione tirocinio



ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI

Allegato n°2

alla domanda di adesione della Farmacia per l'espletamento del tirocinio pratico valutativo

Modulo di comunicazione variazione dei dati rilevanti ai fini della convenzione tirocinio

Il sottoscritto Dott/ Dott.ssa
Nato/a a ilresidente
in..... C.A.P.....
via..... n. civ. riconosciuto a mezzo di
.....n. rilasciato da in
data

Iscritto all' Ordine dei Farmacisti di daln. iscrizione
Codice Fiscale.....
Indirizzo di posta elettronica certificata
n. telefonico.....

In qualità di direttore/titolare della Farmacia.....
Via/Piazza.....n.Comune di.....
Provincia.....

Congiuntamente al legale rappresentante (se diverso compilare i dati richiesti di seguito)

Dati relativi al legale rappresentante:

COGNOMENOME.....
nato a ilresidente
in..... C.A.P.....
via..... n. civ. riconosciuto a mezzo di
.....n. rilasciato da in
data

Codice Fiscale.....
Indirizzo di posta elettronica certificata.....

COMUNICA LE SEGUENTI VARIAZIONI INTERVENUTE IN DATA.....:

Variazione della direzione:

Cognome e nome del Direttore
.....

iscrizione ordine dei farmacisti di
numero.....
Codice Fiscale.....
Indirizzo di posta elettronica certificata.....

Variazione dell'assetto del personale in forza alla farmacia

L'assetto del personale in forza alla farmacia alla data odierna è di n..... collaboratori farmacisti

full time ore 40 settimanali numero-----

part time ore ----- numero-----

part time ore ----- numero-----

part time ore ----- numero-----

part time ore ----- numero-----

-altre variazioni

.....
.....
.....
.....

In fede.

Luogo, Data

*Firma del titolare/direttore
della Farmacia Ospitante
o del Legale Rappresentante*
