

FAC SIMILE da compilare a cura del TUTOR PROFESSIONALE

- da inserire nella sezione dedicata dal Diario del Tirocinante
 - da trasmettere ai destinatari di seguito riportati

Oggetto: DICHIARAZIONE POSSESSO REQUISITI TUTOR PROFESSIONALE

All' Ordine dei Farmacisti (dove ha sede la farmacia ospitante)

Alla Segreteria dell'Università

Al tirocinante

E, p.c.

All' Ordine dei Farmacisti di propria iscrizione

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa.....
nato/a prov....., il,
residente in Cap,
Via..... n°.....
Codice Fiscale.....
Indirizzo di posta elettronica certificata,
n. telefonico.....
dipendente della Farmacia Ospitante..... dal.....

VISTO l'art 2 del decreto del Ministro dell'Università e della ricerca di concerto con il Ministro della salute del 5 luglio 2022, n. 651;

VISTO l'art. 10 del Protocollo FOFI-CRUI per il Tirocinio pratico-valutativo stipulato il 5 ottobre 2023, in attuazione del citato decreto, nonché dell'art..... del Regolamento di Tirocinio

DICHIARA

- di essere iscritto all' Ordine Professionale dei Farmacisti di.....albo n.dal
- di aver svolto almeno due anni di attività professionale;

- di esercitare attività professionale presso la farmacia _(denominazione)..... sita in vian.città prov.....dal

(i campi 1. 2. sottostanti sono da compilare solo se il tutor è designato. Da non compilare nel caso in cui il ruolo di tutor è assunto dal titolare/direttore stesso della farmacia ospitante o direttore della farmacia ospedaliera)

1. di essere stato designato dal/dalla Dr./Dr.ssatitolare/direttore della **farmacia di comunità** ospitante _(denominazione)..... sita in vian. città.....prov.....;

oppure

2. di essere stato designato dal/dalla Dr./Dr.ssa direttore della **farmacia ospedaliera**_(denominazione)..... sita in vian.città prov. ;

- di essere inserito in modo stabile nell'organico della sopracitata Farmacia;

INOLTRE, DICHIARA

- di assumersi la responsabilità di seguire e assistere direttamente il tirocinante:

Cognome e Nome del tirocinante
nato a il.....
residente in Cap
Via..... n°.....
tel./cell. n° di matricola anno di immatricolazione.....
iscritto per l'A.A. al seguente anno di corso: di laurea specialistica/magistrale a ciclo unico in

durante la pratica professionale con inizio a far data dal....., garantendo l'osservanza delle modalità di svolgimento del tirocinio.

Distinti saluti.

_____ li _____

In fede

(firma tutor professionale)

Si precisa che tale designazione sarà oggetto di specifica approvazione da parte dell'Ordine dei farmacisti anche tramite proprio delegato.