



Università degli Studi di Ferrara

Corso di Studio

Ferrara, _____

Spett.le (Nome e/o Ragione Sociale Farmacia) _____

Nome e Cognome Titolare _____

Via _____

Città _____ () Tel _____

E-mail _____

Oggetto: Comunicazione di attivazione tirocinio professionale obbligatorio in farmacia

Si comunica che la studentessa/lo studente (nome e cognome) _____,

n° matricola _____, e-mail _____@student.unife.it,

tel. _____ iscritta/o al ☐ 4 ☐ 5 ☐ 1 FC ☐ 2 FC ☐ >2 FC anno del Corso di Studio (CdS) in

_____ per l'a.a. _____/_____, è autorizzata/o a recarsi presso la

Vostra farmacia a partire dal ____/____/____ (data di prima presenza in farmacia) per svolgere la seguente attività:

- ☐ svolgimento del tirocinio professionale in farmacia (Dir. 2005/06/CE; 85/432/CEE), ai sensi del **Regolamento del tirocinio professionale** per i corsi di studio in Farmacia (Dip. Scienze della Vita e Biotecnologie) e in Chimica e Tecnologia Farmaceutiche (Dip. Scienze Chimiche e Farmaceutiche) dell'Università degli Studi di Ferrara.

Durante tale attività (barrare dove rilevante):

- ☐ non è prevista attività presso altra sede/filiale
- ☐ è prevista attività presso altra sede/filiale (è obbligatoria l'autorizzazione preventiva della Commissione per il Tirocinio e la comunicazione dell'indirizzo della sede secondaria)

Il numero di farmacisti (titolare/i e dipendenti) attivi presso la Vs farmacia, che abbiano svolto attività professionale continuativa per almeno due anni, è di _____ (artt. 1-8 del Regolamento del Tirocinio professionale in Farmacia).

L'attività si svolgerà sotto la guida di (nome/cognome del Tutore Professionale) _____, con cui verranno concordate le giornate di presenza, nel rispetto dei requisiti temporali di durata minima del tirocinio.

Per i soli tirocini in farmacia ospedaliera, il Tutor accademico è il prof./dott. (nome/cognome del Tutor Accademico) _____, docente del Corso di Studio in Farmacia/CTF (barrare quanto non rilevante).

Gli aspetti assicurativi sono curati dall'Università degli Studi di Ferrara con le seguenti polizze assicurative:

- INAIL gestione per conto dello Stato
- Infortuni (UnipolSai Div. La Fondiaria n. 77/136656834)
- Responsabilità Civile (UnipolSai Div. La Fondiaria n. 65/136656841)

È possibile visionare le polizze e le condizioni assicurative all'indirizzo: <http://www.unife.it/ateneo/uffici/ripartizione-servizi-assicurativi-sinistri-infotuni-privacy/ufficio-gestione-sinistri-infotuni-servizi-assicurativi>

Timbro Farmacia (OBBLIGATORIO) e
Firma del Titolare per accettazione

Firma del Componente della
Commissione per il Tirocinio per il CdS

Commissione per il Tirocinio _____ Tel. 0532 _____ E-mail _____
(compilazione a cura di UniFE)