



università di ferrara

Corso di Laurea in Farmacia
Corso di Laurea in Chimica e Tecnologia Farmaceutiche

TIROCINIO PROFESSIONALE IN FARMACIA APERTA AL PUBBLICO

LIBRETTO DI FREQUENZA

a.a. _____ / _____

Dati dello STUDENTE TIROCINANTE

Cognome e Nome: _____

Matricola: _____

Anno di corso al momento dell'inizio del tirocinio: _____

Dati della FARMACIA OSPITANTE

Nome della Farmacia: _____

Titolare o Direttore: dott. _____

Indirizzo: _____

C.A.P.: _____

Località/Comune/Provincia: _____

Telefono: _____

Fax: _____

E-mail: _____

Nome e Cognome del Tutore Professionale: dott. _____

Timbro Farmacia e firma del Tutore Professionale

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL PRESENTE LIBRETTO DI FREQUENZA

- Il libretto di frequenza stampato, vidimato e firmato, è un documento ufficiale, strettamente personale, che attesta il corretto svolgimento del Tirocinio professionale in Farmacia, secondo quanto previsto dal Regolamento del Tirocinio. Esso è composto da 19 pagine.
- **All'inizio del tirocinio**, lo studente Tirocinante stampa una copia cartacea del libretto di frequenza. Lo studente e il Tutore Professionale compilano con i dati richiesti la prima pagina del libretto.
- **L'elenco degli argomenti** da svolgere durante il tirocinio è disponibile a pagina 4, numerato in maniera progressiva. Il numero corrispondente all'argomento va utilizzato per la rendicontazione giornaliera degli argomenti svolti nel registro mensile delle presenze. Gli argomenti possono essere svolti secondo un ordine temporale che non rispecchi la progressione numerica a pagina 4.
- Il **registro mensile delle presenze** comprende 12 pagine consecutive, una per ogni mese solare in cui si svolgono giorni di tirocinio (pag. 5-16 del libretto). Poichè il tirocinio deve essere svolto per una durata complessiva di almeno sei mesi e completato nell'arco di non più di dodici mesi, a partire dal primo mese (pag. 5) devono essere compilate al minimo 6 pagine mensili, ma non più di 12.
- Ciascuna **pagina mensile** deve riportare mese e anno solare e il timbro della Farmacia. Deve essere compilata giornalmente con la descrizione delle attività svolte (utilizzando la numerazione dell'elenco argomenti a pagina 4) e firmata, sempre giornalmente, dal Tutore professionale. Alla fine del mese è contro-firmata anche dallo studente nell'apposito spazio. Non è obbligatorio svolgere attività di tirocinio tutti i giorni del mese o in giorni consecutivi.
- Al **termine del periodo complessivo di tirocinio**, le ore totali svolte sono riportate a pagina 17. Il Tutore Professionale esprime il giudizio finale sul Tirocinante compilando l'apposita sezione a pagina 17. In seguito, lo studente si reca presso l'Ordine dei Farmacisti della provincia dove ha sede la Farmacia ospitante per ottenere la vidimazione del libretto (apposita sezione a pagina 17).
- Solo dopo avere ottenuto il giudizio del Tutore professionale e la vidimazione del libretto da parte dell'Ordine dei Farmacisti della provincia dove ha sede la farmacia ospitante, lo studente può sostenere il **colloquio di valutazione del Tirocinio** da parte dell'Ordine dei Farmacisti di Ferrara, che esprime il proprio parere nell'apposita sezione a pagina 18. Solo dopo il colloquio presso l'Ordine dei Farmacisti di Ferrara, la Commissione per il Tirocinio nominata dalla struttura didattica esprime il giudizio di idoneità sullo studente, ritira il libretto di frequenza e lo trasmette alla Segreteria Studenti per la registrazione in carriera.

Per quanto non espressamente indicato nel presente libretto, si rimanda al Regolamento del Tirocinio Professionale disponibile online nel sito web dei Corsi di Laurea in Farmacia e CTF.

ELENCO DEGLI ARGOMENTI DA SVOLGERE DURANTE IL TIROCINIO IN FARMACIA APERTA AL PUBBLICO (art. 12 del Regolamento del Tirocinio Professionale) - approvato il 20.03.2013 dall'Ordine dei Farmacisti di Ferrara.

1. Organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, normativa nazionale e regionale;
2. ordine Professionale, deontologia e codice deontologico;
3. conduzione tecnico-amministrativa della farmacia, inerente l'organizzazione e lo svolgimento del servizio farmaceutico, sulla base della normativa vigente, nazionale e regionale;
4. arredi e organizzazione della Farmacia e del laboratorio galenico;
5. prestazioni farmaceutiche, con particolare riguardo a quelle svolte nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale;
6. acquisto, detenzione e dispensazione dei medicinali, con particolare riguardo agli stupefacenti; alienazione dei medicinali e delle materie prime divenute invendibili;
7. preparazione di medicinali in Farmacia e Norme di Buona Preparazione;
8. stabilità e corretta conservazione dei medicinali; farmaci scaduti e revocati;
9. la Farmacia come centro di servizi; rapporto e corretta comunicazione con il pubblico; CUP;
10. prestazioni analitiche di prima istanza rientranti nell'ambito dell'auto-analisi;
11. utilizzo di dispositivi strumentali per i servizi di secondo livello erogabili in farmacia;
12. informazione ed educazione sanitaria della popolazione, finalizzate al corretto uso dei medicinali ed alla prevenzione;
13. automedicazione, medicinali senza obbligo di ricetta medica, etici ed equivalenti;
14. fitoterapia, prodotti nutrizionali, cosmetici, omeopatici;
15. adempimenti connessi con la "*pharmaceutical care*";
16. gestione della farmacovigilanza;
17. interazioni tra farmaci e tra farmaci e alimenti;
18. utilizzo delle fonti di informazione disponibili nella Farmacia o accessibili presso strutture centralizzate;
19. testi e registri obbligatori;
20. il sistema di autocontrollo HACCP (D. L.vo n. 155/97);
21. elementi della gestione imprenditoriale della Farmacia e gli adempimenti inerenti la disciplina fiscale;
22. impiego di sistemi elettronici e di piattaforme telematiche di supporto al rilevamento ed alla conservazione dei dati professionali e aziendali;
23. nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale (D.Lvo n. 153/2009);
24. ogni argomento professionale divenuto di attualità.

REGISTRO MENSILE DELLE PRESENZE – MESE 1
(da compilare per ogni mese in cui si sono svolte giornate di tirocinio)

MESE	ANNO	Timbro Farmacia

Data	Orario 1 ^a entrata	Orario 1 ^a uscita	Orario 2 ^a entrata	Orario 2 ^a uscita	Totale ore	Argomenti svolti*	Firma farmacista tutor
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

*Indicare il numero dell'argomento facendo riferimento all'elenco a pagina 4.

Totale ore nel mese

Firma dello studente Tirocinante

REGISTRO MENSILE DELLE PRESENZE – MESE 2
(da compilare per ogni mese in cui si sono svolte giornate di tirocinio)

MESE	ANNO	Timbro Farmacia

Data	Orario 1 ^a entrata	Orario 1 ^a uscita	Orario 2 ^a entrata	Orario 2 ^a uscita	Totale ore	Argomenti svolti*	Firma farmacista tutor
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

*Indicare il numero dell'argomento facendo riferimento all'elenco a pagina 4.

Totale ore nel mese

Firma dello studente Tirocinante

REGISTRO MENSILE DELLE PRESENZE – MESE 3
(da compilare per ogni mese in cui si sono svolte giornate di tirocinio)

MESE	ANNO	Timbro Farmacia

Data	Orario 1 ^a entrata	Orario 1 ^a uscita	Orario 2 ^a entrata	Orario 2 ^a uscita	Totale ore	Argomenti svolti*	Firma farmacista tutor
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

*Indicare il numero dell'argomento facendo riferimento all'elenco a pagina 4.

Totale ore nel mese

Firma dello studente Tirocinante

REGISTRO MENSILE DELLE PRESENZE – MESE 4
(da compilare per ogni mese in cui si sono svolte giornate di tirocinio)

MESE	ANNO	Timbro Farmacia

Data	Orario 1 ^a entrata	Orario 1 ^a uscita	Orario 2 ^a entrata	Orario 2 ^a uscita	Totale ore	Argomenti svolti*	Firma farmacista tutor
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

*Indicare il numero dell'argomento facendo riferimento all'elenco a pagina 4.

Totale ore nel mese

Firma dello studente Tirocinante

REGISTRO MENSILE DELLE PRESENZE – MESE 5
(da compilare per ogni mese in cui si sono svolte giornate di tirocinio)

MESE	ANNO	Timbro Farmacia

Data	Orario 1 ^a entrata	Orario 1 ^a uscita	Orario 2 ^a entrata	Orario 2 ^a uscita	Totale ore	Argomenti svolti*	Firma farmacista tutor
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

*Indicare il numero dell'argomento facendo riferimento all'elenco a pagina 4.

Totale ore nel mese

Firma dello studente Tirocinante

REGISTRO MENSILE DELLE PRESENZE – MESE 6
(da compilare per ogni mese in cui si sono svolte giornate di tirocinio)

MESE	ANNO	Timbro Farmacia

Data	Orario 1 ^a entrata	Orario 1 ^a uscita	Orario 2 ^a entrata	Orario 2 ^a uscita	Totale ore	Argomenti svolti*	Firma farmacista tutor
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

*Indicare il numero dell'argomento facendo riferimento all'elenco a pagina 4.

Totale ore nel mese

Firma dello studente Tirocinante

REGISTRO MENSILE DELLE PRESENZE – MESE 7
(da compilare per ogni mese in cui si sono svolte giornate di tirocinio)

MESE	ANNO	Timbro Farmacia

Data	Orario 1 ^a entrata	Orario 1 ^a uscita	Orario 2 ^a entrata	Orario 2 ^a uscita	Totale ore	Argomenti svolti*	Firma farmacista tutor
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

*Indicare il numero dell'argomento facendo riferimento all'elenco a pagina 4.

Totale ore nel mese

Firma dello studente Tirocinante

REGISTRO MENSILE DELLE PRESENZE – MESE 8
(da compilare per ogni mese in cui si sono svolte giornate di tirocinio)

MESE	ANNO	Timbro Farmacia

Data	Orario 1 ^a entrata	Orario 1 ^a uscita	Orario 2 ^a entrata	Orario 2 ^a uscita	Totale ore	Argomenti svolti*	Firma farmacista tutor
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

*Indicare il numero dell'argomento facendo riferimento all'elenco a pagina 4.

Totale ore nel mese

Firma dello studente Tirocinante

REGISTRO MENSILE DELLE PRESENZE – MESE 9
(da compilare per ogni mese in cui si sono svolte giornate di tirocinio)

MESE	ANNO	Timbro della Farmacia

Data	Orario 1 ^a entrata	Orario 1 ^a uscita	Orario 2 ^a entrata	Orario 2 ^a uscita	Totale ore	Argomenti svolti*	Firma farmacista tutor
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

*Indicare il numero dell'argomento facendo riferimento all'elenco a pagina 4.

Totale ore nel mese

Firma dello studente Tirocinante

REGISTRO MENSILE DELLE PRESENZE – MESE 10
(da compilare per ogni mese in cui si sono svolte giornate di tirocinio)

MESE	ANNO	Timbro Farmacia

Data	Orario 1 ^a entrata	Orario 1 ^a uscita	Orario 2 ^a entrata	Orario 2 ^a uscita	Totale ore	Argomenti svolti*	Firma farmacista tutor
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

*Indicare il numero dell'argomento facendo riferimento all'elenco a pagina 4.

Totale ore nel mese

Firma dello studente Tirocinante

REGISTRO MENSILE DELLE PRESENZE – MESE 11
(da compilare per ogni mese in cui si sono svolte giornate di tirocinio)

MESE	ANNO	Timbro Farmacia

Data	Orario 1 ^a entrata	Orario 1 ^a uscita	Orario 2 ^a entrata	Orario 2 ^a uscita	Totale ore	Argomenti svolti*	Firma farmacista tutor
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

*Indicare il numero dell'argomento facendo riferimento all'elenco a pagina 4.

Totale ore nel mese

Firma dello studente Tirocinante

REGISTRO MENSILE DELLE PRESENZE – MESE 12
(da compilare per ogni mese in cui si sono svolte giornate di tirocinio)

MESE	ANNO	Timbro Farmacia

Data	Orario 1 ^a entrata	Orario 1 ^a uscita	Orario 2 ^a entrata	Orario 2 ^a uscita	Totale ore	Argomenti svolti*	Firma farmacista tutor
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

*Indicare il numero dell'argomento facendo riferimento all'elenco a pagina 4.

Totale ore nel mese

Firma dello studente Tirocinante

DATI RIGUARDANTI IL PERIODO DI TIROCINIO
(artt. 2, 5, 16 Regolamento del Tirocinio)

DATA DI INIZIO: _____

DATA DI CONCLUSIONE: _____

NUMERO TOTALE DI ORE DI TIROCINIO SVOLTE: _____

GIUDIZIO FINALE SUL TIROCINANTE

**(compilazione a cura del farmacista Tutore Professionale
SOLO AL TERMINE DEL TIROCINIO)**

- Frequenza e puntualità: _____
- Partecipazione e interesse: _____
- Apprendimento: _____

Giudizio complessivo: SUFFICIENTE DISCRETO BUONO OTTIMO

Firma del Tutore Professionale: _____

Firma del Titolare/Direttore: _____

Data: _____

Timbro della Farmacia

VIDIMAZIONE LIBRETTO

**(compilazione a cura dell'Ordine dei Farmacisti competente per il territorio in cui ha sede la
farmacia ospitante, SOLO AL TERMINE DEL TIROCINIO)**

Ordine dei Farmacisti della provincia di _____

Presidente: dott. _____

Firma del Presidente: _____

Data: _____

Timbro dell'Ordine

VALUTAZIONE FINALE DEL TIROCINIO
(artt. 5,16 Regolamento del Tirocinio)

COLLOQUIO DI TIROCINIO PRESSO L'ORDINE DEI FARMACISTI DI FERRARA
(compilazione a cura dell'Ordine dei Farmacisti di Ferrara
SOLO AL TERMINE DEL TIROCINIO E DOPO VIDIMAZIONE DEL LIBRETTO DALL'ORDINE
PROVINCIALE DI COMPETENZA per il territorio sede della farmacia ospitante)

Domande:

Giudizio complessivo: SUFFICIENTE DISCRETO BUONO OTTIMO

Firma del Presidente: _____

Data: _____

Timbro Ordine
Farmacisti Ferrara

GIUDIZIO DI IDONEITA'

(compilazione a cura della Commissione per il Tirocinio SOLO DOPO IL COLLOQUIO
PRESSO L'ORDINE DEI FARMACISTI DI FERRARA)

Presidente di Commissione: _____

2° Commissario: _____

3° Commissario: _____

Giudizio: IDONEO NON IDONEO

Firma del Presidente di Commissione: _____

Data: _____

ANNOTAZIONI