*Corsi di Studio in Farmacia e in Chimica e Tecnologia Farmaceutiche*

**DOMANDA DI TIROCINIO PRATICO-VALUTATIVO (TPV)**

(questo modulo è compilabile on-line)

Il/La sottoscritto/a

Nome e cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero di matricola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

chiede

di poter svolgere il tirocinio professionale come dall’allegato 2; Progetto Formativo e a tal fine si impegna a prendere visione del Codice deontologico del Farmacista e del Regolamento del Tirocinio.

Il/La sottoscritto/a, valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R 28.12.00 n 445 e consapevole della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato e della responsabilità penale in cui può incorrere in caso di dichiarazione mendace secondo gli artt.

75 e 76 del succitato D.P.R.

dichiara

(*per gli iscritti al CdS in* ***Farmacia****)*

Di aver superato gli esami di “*Farmacoterapia*” e “*Legislazione e Deontologia Farmaceutica*” e di aver frequentato gli insegnamenti di “*Tecnologia farmaceutica 1*” e “*Tecnologia farmaceutica 2 e cosmetici*”, come previsto dall’art. 6 del Regolamento per il Tirocinio.

*(per gli iscritti al CdS in* ***CTF****)*

Di aver superato gli esami di “*Farmacologia e farmacoterapia*” e “*Legislazione Farmaceutica*” e di aver frequentato l’insegnamento di “Tecnologia farmaceutica” come previsto dall’art. 6 del Regolamento per Tirocinio.

Di non essere parente, del titolare/direttore/collaboratore della farmacia fino al 4° grado né di essere loro legato da vincoli contrattuali.

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estremi Documento di identità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_