ALL.N.4

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 via .....................n. ...........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.ssa .............................titolare/direttore della **farmacia di comunità** ospitante \_(denominazione)......................... sita in via ....................n. ...................

città.......................prov..........................;

oppure

1. di essere stato designato dal/dalla Dr./Dr.ssa .......................... direttore della **farmacia ospedaliera**\_\_(denominazione).................. sita in via ..................n. ..................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.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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.