Università degli Studi di Messina

DOMANDA DI AMMISSIONE al Tirocinio pratico-valutativo (TPV)

Nominativo del tirocinante _____

nat_ a_____il_____

residente in _____ Via___n._____cellulare_____

e-mail istituzionale _____ @studenti.unime.it

iscritto al Corso di Laurea Magistrale in_____**Matricola n.** _____

Farmacia ospitante _____

Indirizzo_____

Titolare/Direttore _____

CAP_____**Città**_____**Prov.**_____

***Tutor* professionale (#)** _____

Luogo di nascita_____***data di nascita*** _____

Indirizzo_____ ***città***_____

e-mail_____**Tel.**_____

Iscritto all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di _____

(#) il tutor professionale è un farmacista iscritto all'albo con almeno due anni di attività professionale, designato dal titolare o direttore della farmacia ospitante e/o direttore della farmacia ospedaliera e inserito in modo stabile nell'organico della stessa

(da compilare solo se necessario)

2ª Farmacia ospitante_____

Indirizzo_____

Titolare/Direttore _____

CAP_____**Città**_____**Prov.**_____

***Tutor* professionale (#)** _____

Luogo di nascita_____***data di nascita*** _____

Indirizzo_____***città***_____

e-mail_____**Tel.**_____

Iscritto all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di _____

(da compilare solo se necessario)

3ª Farmacia ospitante_____

Indirizzo_____

Titolare/Direttore _____

CAP_____**Città**_____**Prov.**_____

***Tutor* professionale (#)** _____

Luogo di nascita_____***data di nascita*** _____

Indirizzo_____***città***_____

e-mail_____**Tel.**_____

Iscritto all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di _____

***Tutor* accademico** _____

Tel._____**e-mail** _____

Il/La sottoscritto/a_____**, consapevole delle sanzioni penali cui incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445,**

DICHIARA DI:

- essere in **possesso dei requisiti accademici** necessari per avviare il **TPV**;
- non trovarsi in una **situazione di incompatibilità con il tutor professionale, con il tutor accademico, con il titolare o direttore della farmacia ospitante**, come previsto dalla vigente normativa in materia;
- essere in possesso dell'**Attestato del Corso Sicurezza sul lavoro** (da allegare);
- voler svolgere il **tirocinio a partire** dal _____ **(*)**

(*) Il TPV deve essere concluso entro 24 mesi dal suo inizio. Le ore di TPV svolte in periodi antecedenti gli ultimi 24 mesi non sono valide e cancellate dal Diario del tirocinante.

Polizze assicurative:

Polizza Responsabilità Civile - Allianz S.p.a. R.C. n. 79301667 .
Polizza Infortuni - Gruppo Zurich n. AM001489

OBIETTIVI E ATTIVITA' DEL TIROCINIO PRATICO VALUTATIVO (TPV)

Gli obiettivi e le attività del tirocinio pratico valutativo sono descritti nell'articolo 3 del Protocollo in materia di tirocinio curriculare pratico-valutativo (TPV) sottoscritto dalla Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani (FOFI) e dalla Conferenza dei rettori delle università italiane (CRUI), secondo quanto disposto dalla Legge n. 163 del 08/11/2021 e del DM n. 651 del 05/07/2022.

OBBLIGHI DEL TIROCINANTE

Durante lo svolgimento del tirocinio formativo il tirocinante è tenuto a:
a) svolgere le attività previste dal Protocollo FOFI/CRUI previsto dal Decreto interministeriale n. 651 del 05-07-2022;
b) tenere costantemente aggiornato il Diario di tirocinio;
c) attenersi alle disposizioni vigenti nella farmacia ospitante e impartite dal tutor professionale, con particolare riferimento alcomportamento da tenere in farmacia, alle norme di igiene, sicurezza e salute sui luoghi di lavoro;
d) conoscere le indicazioni e le avvertenze riportate nel documento sulla sicurezza (DVR) consegnatogli dal tutor professionale, controfirmandone copia;
e) mantenere la necessaria riservatezza sui dati, le informazioni e le conoscenze acquisite durante lo svolgimento del tirocinio;
f) indossare il camice bianco e l'apposito cartellino di riconoscimento, rilasciato dall'Ordine professionale, che lo identifichi al pubblico come tirocinante;

g) avvertire, in caso di assenza, il tutor professionale;
h) completare, al termine del tirocinio, il Diario del tirocinante con le relazioni da condividere con il tutor accademico.

L'informativa sul trattamento dei dati personali, resa ai sensi del RGPD, è pubblicata nella sezione Privacy del portale di Ateneo all'indirizzo: https://www.unime.it/privacy-e-cookie-policy .

Luogo e data**,** _____

Firma per presa visione
e integrale accettazione del **tirocinante**

_____
firma

Il **tutor professionale**

_____
firma

Il **tutor accademico**

_____
firma

Spazio riservato alla Segreteria Studenti UniME:

Si conferma che lo/a studente/ssa _____possiede tutti i requisiti accademici previsti per l'accesso alTPV. Si autorizza l'attivazione del Diario del tirocinante.

_____
firma