



ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI BOLOGNA

Via Garibaldi 3 - 40124 Bologna - Telefono 051581225 - Fax 0516447855
www.ordfarmbo.it - E-Mail : segreteria@ordfarmbo.it - ordinefarmacistibo@pec.fofi.it

**DOMANDA DI ADESIONE DELLA FARMACIA APERTA AL PUBBLICO ALLA CONVENZIONE
STIPULATA TRA L'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BOLOGNA E L'ORDINE DEI FARMACISTI
DELLA PROVINCIA DI BOLOGNA PER L'ESPLETAMENTO DEL TIROCINIO PROFESSIONALE
PER GLI STUDENTI DEI CORSI DI STUDIO IN FARMACIA E CHIMICA E TECNOLOGIA**

Il sottoscritto Dott/ Dott.ssa
Nato/a ilresidente
in..... C.A.P.....
via..... n. civ. riconosciuto a mezzo di
.....n. rilasciato da in data
.....

Iscritto all' Ordine dei Farmacisti di daln. iscrizione
Codice Fiscale.....
Indirizzo di posta elettronica certificata
n. telefonico.....

in qualità di titolare/direttore della farmacia

Dati relativi alla farmacia ospitante:

Farmacia ospitante:

Città Cap

Via N°

Partita iva.....

Codice Fiscale.....

Recapiti telefonici

congiuntamente al legale rappresentante (se diverso compilare i dati richiesti di seguito)

Dati relativi al legale rappresentante:

COGNOMENOME.....

nato a ilresidente

in..... C.A.P.....

via..... n. civ.

Codice Fiscale.....

Indirizzo di posta elettronica certificata.....

PRESO ATTO CHE:

TRA

l'Università degli Studi di Bologna e l'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Bologna è stata stipulata la convenzione per lo svolgimento del Tirocinio pratico valutativo che qui si intende integralmente richiamata ed accettata in toto e in singulis:

ATTESO CHE:

1. le Farmacie incluse nell'elenco stilato dall'Ordine mettono a disposizione dell'Università le proprie strutture per lo svolgimento del tirocinio pratico valutativo degli studenti dei Corsi di Laurea magistrale abilitante in Farmacia e in Chimica e Tecnologia Farmaceutiche e che la disponibilità delle strutture viene offerta per lo svolgimento dell'attività di tirocinio pratico-valutativo;

RICHIEDE

- l'inserimento della farmacia nell'elenco delle farmacie aderenti alla suddetta Convenzione;
- di accogliere contemporaneamente un numero di studenti pari aai sensi di quanto previsto dalla Convenzione

A TAL FINE, IL SOTTOSCRITTO SI IMPEGNA A:

- garantire che il tirocinante abbia le condizioni di sicurezza e di igiene previste dalla normativa vigente;
- vigilare sul tutor professionale affinché assolva all'incarico di seguire e assistere direttamente il tirocinante durante la pratica professionale, garantendo l'osservanza delle modalità di svolgimento del tirocinio;

- garantire che il tirocinante acquisisca le nozioni e le abilità riguardanti i contenuti di base indicati all' art. 3 del Protocollo del 5 ottobre 2023;
- garantire ogni forma di collaborazione con l'Ordine e con l'Università tesa al miglior svolgimento dell'attività e alla verifica del corretto espletamento del tirocinio;
- garantire l'accesso ai locali della farmacia stessa ai delegati dell'Ordine garantendo la piena disponibilità ad esibire la documentazione e la strumentazione tecnica ivi compreso il registro dei verbali di ispezione;
- a comunicare tempestivamente ogni variazione in merito all'assetto della forza lavoro o eventuali variazioni della direzione e dell'assetto societario.

In fede.

Luogo, Data

*Firma del titolare/direttore
della Farmacia Ospitante*

Timbro per accettazione da parte dell'Ordine

All. 1 - dichiarazione del titolare/direttore della farmacia in ordine al personale farmacista operante in farmacia

All. 2 – Modulo di comunicazione variazione dei dati rilevanti ai fini della convenzione tirocinio



ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI BOLOGNA

Via Garibaldi 3 - 40124 Bologna - Telefono 051581225 - Fax 0516447855
www.ordfarmbo.it - E-Mail : segreteria@ordfarmbo.it - ordinefarmacistibo@pec.fofi.it

Allegato n°1

alla domanda di adesione della Farmacia per l'espletamento del tirocinio curriculare

1- DICHIARAZIONE DEL TITOLARE/DIRETTORE DELLA FARMACIA IN ORDINE AL PERSONALE FARMACISTA OPERANTE IN FARMACIA

Il sottoscritto Dott/ Dott.ssa

con riferimento alla domanda di adesione sottoscritta in data con codesto Ordine in data.....

DICHIARA CHE:

1. il personale in forza alla data odierna della farmacia è di **n.....** farmacisti di cui:

**FULL TIME ORE 40 SETTIMANALI NUMERO COLLABORATORI
FARMACISTI**

PART TIME ORE NUMERO

PART TIME ORE NUMERO.....

PART TIME ORE NUMERO.....

PART TIME ORE NUMERO.....

2. il numero dei tirocinanti in forza di convenzione siglata con Ordine dei Farmacisti diverso da quello di Bologna od Università degli Studi diversa da Quella di Bologna o comunque in forza di progetti formativi o convenzioni stipulate a qualunque titolo è



ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI BOLOGNA

Via Garibaldi 3 - 40124 Bologna - Telefono 051581225 - Fax 0516447855
www.ordfarmbo.it - E-Mail : segreteria@ordfarmbo.it - ordinefarmacistibo@pec.fofi.it

Allegato n°2

alla domanda di adesione della Farmacia per l'espletamento del tirocinio curriculare

Modulo di comunicazione variazione dei dati rilevanti ai fini della convenzione tirocinio

Il sottoscritto Dott/ Dott.ssa
Nato/a a ilresidente
in..... C.A.P.....
via..... n. civ. riconosciuto a mezzo di
.....n. rilasciato da in
data

Iscritto all' Ordine dei Farmacisti di daln. iscrizione
Codice Fiscale.....
Indirizzo di posta elettronica certificata
n. telefonico.....

In qualità di direttore / titolare della Farmacia -----

Via/Piazza-----n-----Comune di -----

Provincia-----

congiuntamente al legale rappresentante (se diverso compilare i dati richiesti di seguito)

Dati relativi al legale rappresentante:

COGNOMENOME.....

nato a ilresidente
in..... C.A.P.....
via..... n. civ. riconosciuto a mezzo di
.....n. rilasciato da in
data

Codice Fiscale.....

Indirizzo di posta elettronica certificata.....

COMUNICA LE SEGUENTI VARIAZIONI INTERVENUTE IN DATA.....:

Variazione della direzione:

Cognome e nome del Direttore

.....

iscrizione ordine dei farmacisti di

numero.....

Codice Fiscale.....

Indirizzo di posta elettronica certificata.....

Variazione dell'assetto del personale in forza alla farmacia

L'assetto del personale in forza alla farmacia alla data odierna è di n..... collaboratori farmacisti

full time ore 40 settimanali numero-----

part time ore ----- numero-----

part time ore ----- numero-----

part time ore ----- numero-----

part time ore ----- numero-----

-altre variazioni

.....

.....

.....

.....

In fede.

Luogo, Data

Firma del titolare/direttore della Farmacia Ospitante

Firma del titolare/direttore della Farmacia Ospitante
