



UNIVERSITÀ
DI CAMERINO

Domanda di ammissione per lo svolgimento del TPV

Bollo assolto in modo virtuale
Autorizzazione Agenzia delle Entrate
Direzione Regionale delle Marche
n. 15580 del 09/06/2016

AL MAGNIFICO RETTORE
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CAMERINO

La/il sottoscritta/o _____

nata/o a _____ (_____) il _____

residente a _____, via _____ n. _____

C.F. _____ e-mail: _____,

cell. _____, regolarmente iscritta/o al _____ anno del corso di laurea di:

- Laurea abilitante in "FARMACIA", matr. n. _____
- Laurea abilitante in "CHIMICA E TECNOLOGIA FARMACEUTICHE", matr. n.

DICHIARA

- di aver acquisito almeno 160 CFU ed essere iscritto almeno al quarto anno del corso di laurea;
- di aver superato le seguenti attività didattiche e frequentato il corso di:
 - ✓ Laurea abilitante in "FARMACIA":
 - ❖ attività didattica "Farmacologia Generale e Farmacoterapia I", superata in data _____;
 - ❖ attività didattica "Chimica Farmaceutica e Tossicologica I", superata in data _____;



- ❖ frequenza del corso “Tecnologia Farmaceutica e Laboratorio di Preparazioni Galeniche”, frequentato/superato in data _____;
- ✓ Laurea abilitante in “CHIMICA E TECNOLOGIA FARMACEUTICHE”:
 - ❖ attività didattica “Farmacologia e Farmacoterapia I, Farmacognosia”, superata in data _____;
 - ❖ attività didattica “Chimica Farmaceutica e Tossicologica I”, superata in data _____;
 - ❖ frequenza del corso “Tecnologia e Legislazione Farmaceutiche”, frequentato/superato in data _____;
- di aver frequentato il corso sulla sicurezza generale e specifico nei luoghi di lavoro. Gli attestati di superamento sono parte integrante della presente domanda insieme al progetto formativo

CHIEDE

di svolgere il tirocinio professionale dal (*) _____ al (*) _____ presso la Farmacia _____

sita nel Comune di _____ (_____)

sotto la responsabilità della/del tutor professionale, Dott.ssa/Dott. _____, iscritta/o all’ordine provinciale dei Farmacisti di _____, che esercita la professione da almeno due anni.

La/lo studentessa/studente dichiara di non avere rapporti di parentela con la/il titolare o la/il direttrice/direttore o con altre/altri farmacisti/i della società che gestisce la farmacia o con la/il tutor professionale.

La/il **TUTOR ACCADEMICA/O** designata/o è la/il professoressa/professore _____.

La **REFERENTE DI SEGRETERIA** è la Dott.ssa Emanuela Caulini.

La **REFERENTE DELLA COMMISSIONE PPV** è la prof.ssa Giulia Bonacucina.

(*) tra la data di presentazione della domanda di ammissione per lo svolgimento del TPV e l’inizio del tirocinio debbono trascorrere almeno 20 gg per provvedere alla verifica dei requisiti richiesti ed i relativi pagamenti dovuti



Eventuale frazionamento (non più di tre)

SECONDO PERIODO

di svolgere il tirocinio professionale dal (*) _____ al (*) _____ presso
la Farmacia _____

sita nel Comune di _____ (_____)

sotto la responsabilità della/del tutor professionale, Dott.ssa/Dott.
_____, iscritta/o all'ordine provinciale dei Farmacisti di
_____, che esercita la professione da almeno due
anni.

La/lo studentessa/studente dichiara di non avere rapporti di parentela con la/il titolare o la/il
direttrice/direttore o con altre/altri farmacisti/i della società che gestisce la farmacia o con la/il
tutor professionale.

La/il tutor accademica/o designata/o è la/il professoressa/professore
_____.

TERZO PERIODO

di svolgere il tirocinio professionale dal (*) _____ al (*) _____ presso
la Farmacia _____

sita nel Comune di _____ (_____)

sotto la responsabilità della/del tutor professionale, Dott.ssa/Dott.
_____, iscritta/o all'ordine provinciale dei Farmacisti di
_____, che esercita la professione da almeno due
anni.

La/lo studentessa/studente dichiara di non avere rapporti di parentela con la/il titolare o la/il
direttrice/direttore o con altre/altri farmacisti/i della società che gestisce la farmacia o con la/il
tutor professionale.

La/il tutor accademica/o designata/o è la/il professoressa/professore
_____.

(*) tra la data di presentazione della domanda di ammissione per lo svolgimento del TPV e l'inizio del tirocinio
debbono trascorrere almeno 20 gg per provvedere alla verifica dei requisiti richiesti ed i relativi pagamenti dovuti



UNIVERSITÀ
DI CAMERINO

Camerino, _____

Tirocinante

Cognome e nome _____

Firma _____

! ATTENZIONE !

Allegare alla presente, pena rigetto della domanda stessa:

- **copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del tirocinante**
- **attestato generale sulla sicurezza nei luoghi di lavoro.**



Università degli Studi di Camerino
Manager didattico amministrativo
Dott.ssa Emanuela Caulini

Parte riservata all'ufficio

Infortuni sul lavoro INAIL posizione n. 3151 – PAT: Gestione per conto dello Stato, RCT/O n. 410656394, Compagnia di assicurazione Axa Spa.