|  |  |
| --- | --- |
|  | **ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI FERRARA** |

**DOMANDA DI ADESIONE DELLA FARMACIA APERTA AL PUBBLICO ALLA CONVENZIONE STIPULATA TRA L’UNIVERSITA’ DEGLI STUDI DI PADOVA** **E L’ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI FERRARA 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 …………………………………………. il …………………………………. residente in…………………………………………………. C.A.P.………………………………… via…………………………………………. n. civ. ……………………… riconosciuto a mezzo di …………………………………n. ………………. rilasciato da …………………………… in data ……………………….

Iscritto all’ Ordine dei Farmacisti di ………………. dal ……………n. 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°……………………………

Recapiti telefonici ……………………………………………………….

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

Dati relativi al legale rappresentante:

COGNOME ………………………………NOME……………………………………………

nato a …………………………………………. il …………………………………residente in…………………………………………………. C.A.P.………………………………… via…………………………………………. n. civ.

Codice Fiscale………………………………………………………………………………….

Indirizzo di posta elettronica certificata………………………………………………………

**PRESO ATTO CHE:**

TRA

l’Università degli Studi di Padova e l’Ordine dei Farmacisti della Provincia di Ferrara è stata stipulata la convenzione per lo svolgimento del Tirocinio prativo 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 si studenti pari a .................ai 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 FERRARA** |

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

***Allegato n°1***

***alla domanda di adesione della Farmacia per l’espletamento del tirocinio pratico valutativo***

**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…………** collaboratori farmacisti

**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 diversa dalla presente, siglata con Ordine dei Farmacisti diverso od Università degli Studi diversa o comunque in forza di progetti formativi o convenzioni stipulate a qualunque titolo è ………………………………

In fede.

*Luogo, Data Firma del titolare/direttore*

*o del Legale Rappresentante*

------------------ ---------------------------------------------

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI FERRARA** |

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

***Allegato n°2***

***alla domanda di adesione della Farmacia per l’espletamento del tirocinio pratico valutativo***

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

Il sottoscritto Dott/ Dott.ssa ……………………………………………………………………….

Nato/a a …………………………………………. il …………………………………residente in…………………………………………………. C.A.P.………………………………… via…………………………………………. n. civ. ………………………

Iscritto all’ Ordine dei Farmacisti di ………………. dal ……………n. 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:

COGNOME ………………………………NOME……………………………………………

nato a …………………………………………. il …………………………………residente in…………………………………………………. C.A.P.………………………………… via…………………………………………. n. civ. ………………………

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*

*o del Legale Rappresentante*

----------------------- --------------------------------------------