Al Direttore del Dipartimento di Scienze Farmaceutiche

*Marca da bollo*

*Euro16,00*

dell’Università degli Studi di Perugia

e p.c. Al Presidente dell’Ordine dei Farmacisti della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e p. c. Al Responsabile del Servizio Farmaceutico dell’ASL di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DOMANDA PER LO SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO PROFESSIONALE

\*Il/La sottoscritto/a …….…………….……………………………… nato/a a …………………………………

il \_\_/\_\_/\_\_\_\_ residente a …..……………………………………………………………………. Provincia (\_\_) in Via ……………………..…………………….. Tel …………….………..………., iscritto/a al ………..….. anno del corso di laurea in ………………………………….………… matricola n. …………….…………, indirizzo e-mail istituzionale ……………………………...……..……….@studenti.unipg.it, in regola con i requisiti previsti dall’art. 7 del Regolamento per il Tirocinio Professionale,

CHIEDE

di poter svolgere il Tirocinio professionale presso la Farmacia ………………………….…………….. con sede in …………………………... Provincia (\_\_), Via …………………………………….………………. Cap ………………………… con inizio il …………………………………………... .

\*\*Responsabile del Tirocinio (Tutor professionale) ……………...………..………………………………..

Indirizzo e-mail ……………………………………………………..…………………………………..…………………

*\*Il sottoscritto è informato che i propri dati personali verranno trattati dal Titolare, Università degli Studi di Perugia, esclusivamente per la gestione delle finalità connesse al tirocinio professionale, secondo quanto riportato nell’informativa per il trattamento dei dati personali, pubblicata  in:* <https://www.dsf.unipg.it/didattica/tirocinio-professionale-in-farmacia> *che dichiara di aver letto.*

*\*\*I dati del Tutor professionale verranno trattati in conformità all’Art. 14 del Regolamento U.E. 679/2016 e l’informativa verrà inoltrata all’indirizzo e-mail su indicato al momento del primo trattamento che l’Università degli Studi di Perugia avvierà sui suoi dati e non oltre un mese dal ricevimento della domanda.*

Luogo e data …………………………………………………………….…..……

Il tirocinante Il Titolare o Direttore della Farmacia

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Tutor professionale Il Direttore del Dipartimento

*Visto si approva.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_