



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PAVIA

Dip.to di Scienze del Farmaco

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' DI INIZIO TIROCINIO PER GLI ISCRITTI AI CORSI DI LAUREA MAGISTRALE /SPECIALISTICA IN FARMACIA E CTF

Da portare in tre originali prima dell'inizio del periodo di Tirocinio alla Segreteria Didattica del Dip.to di Scienze Farmaco, copia vidimata da inviare per mail all'Ordine dei Farmacisti di competenza territoriale della Farmacia (all'Ordine di Pavia se fuori regione); copia vidimata alla farmacia.

Il sottoscritto (cognome) _____ (nome) _____
matricola _____ iscritto al _____ anno del Corso di Laurea in
_____ C.F.: _____

nato a _____ il _____
domiciliato in _____ prov. _____
via _____ cell. _____

dichiara che **svolgerà il periodo di tirocinio di Tirocinio Professionale obbligatorio presso la Farmacia**

(n° codice Farmacia assegnato dalla ASL _____)

del Dott. (Titolare/Direttore) _____

sita in _____ prov. _____

via _____ tel. _____

sotto la responsabilità del/dei Dott. _____

Data inizio tirocinio _____ data fine tirocinio _____

Dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 7 del DPR 445/2000 e successive modifiche, che presso la farmacia dove sarà espletato il tirocinio il tutor non appartiene ad ascendenti/discendenti parenti e affini al 3° di parentela.

Dichiara inoltre di essere consapevole delle responsabilità penali e amministrative inerenti alla predetta dichiarazione.

In particolare, è consapevole che costituisce reato fornire dichiarazioni mendaci, porre in essere atti viziati da falsità materiale, nonché utilizzare atti affetti da tale falsità. tali condotte integrano le fattispecie penali previste dagli artt. 482, 483, 485, 489, 495, 496 c.p.. E' consapevole che l'esibizione di dati non più rispondenti a verità è equiparata, ad ogni effetto, all'utilizzo di dati falsi. e' consapevole che le posizioni acquisite utilizzando i predetti atti o dichiarazioni falsi o mendaci saranno poste nel nulla con efficacia retroattiva dalla presentazione dell'istanza e che le tasse pagate non saranno più rimborsate

Dichiara di aver preso visione e di aderire alle Linee Guida per il Tirocinio professionale deliberate dalla competente struttura accademica

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del D. Lgs. n. 196/2003, per gli adempimenti connessi alla procedura per il cui espletamento viene rilasciata la presente dichiarazione.

Per anticipare il tirocinio gli studenti di CTF (luglio 3° anno) e gli studenti di Farmacia (febbraio 4° anno) devono inserire il tirocinio nel Piano di Studi in sovrannumero.

Data _____

Firma dello studente _____

Firma del Farmacista Titolare/Direttore _____

Firma del Farmacista Tutor (se diverso) _____

Timbro della Farmacia

