

**ATTO DI ADESIONE AL REGOLAMENTO
CHE DISCIPLINA IL TIROCINIO PROFESSIONALE**

Spett.le
Ordine dei Farmacisti di Mantova
Via I. Nagy, 58 - 46100 Mantova

Il sottoscritto _____

Titolare/Direttore della Farmacia _____

sita in Via _____ n. _____

Cap. _____ Città _____ Prov. _____

S'IMPEGNA AD APPLICARE E FAR APPLICARE

1. il Regolamento allegato alla Convenzione stipulata tra l'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Mantova, per lo svolgimento del tirocinio professionale degli studenti in Farmacia e CTF, con i seguenti Atenei

PARMA
MODENA E REGGIO EMILIA
FERRARA
MILANO
PAVIA
BOLOGNA

N.B. Per l'attivazione dei tirocini di studenti provenienti dalle Università di Milano e Bologna è necessario avviare una procedura on-line prevista per la stesura di un Piano Formativo per avere accesso alla quale occorre seguire le indicazioni reperibili sui siti delle Facoltà.

2. la procedura che disciplina l'autorizzazione delle farmacie all'accoglimento degli studenti per lo svolgimento del tirocinio professionale.

3. le norme di prevenzione e di sicurezza prescritte dal D.Lgs 81/08.

4. la disposizione a non essere tutor di tirocinanti con i quali si abbia un rapporto di parentela

Allega:

- a. Dichiarazione che la farmacia è in regola con le disposizioni del D.Lgs 81/08
- b. Questionario compilato sui principi generali del tirocinio per svolgere la funzione di Tutor

Data _____

Firma del Titolare/Direttore _____

Timbro della farmacia



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(art.47, co. 1 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (____) il ___/___/_____

residente in _____ (____)

consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall'art.76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

che la farmacia _____

sita in _____ (____) Via _____

è in regola con le disposizioni del D.Lgs 81/2008 e sue modifiche ed integrazioni e di aver aggiornato il documento valutazione di rischio (DVR), anche con il Protocollo di prevenzione COVID-19, con una sezione dedicata ai tirocinanti nella quale è indicata la specifica delle mansioni e delle attività alle quali lo studente avrà accesso e che le attrezzature utilizzate sono conformi alla normativa vigente e regolarmente sottoposte a verifiche e manutenzioni periodiche.

Si impegna inoltre a:

- garantire il persistere nel tempo delle condizioni di sicurezza evidenziate nel DVR, che aggiorna con immediatezza in caso di variazioni delle condizioni significative ai fini della tutela della sicurezza e ne dà immediata informazione.
- informare lo studente, prima dell'inizio del tirocinio, sui rischi ai quali può essere soggetto, sui rischi specifici presenti nella farmacia e riportati nel DVR e sulle procedure da adottare in caso di emergenza.

Luogo e data _____

Firma del Titolare/Direttore della farmacia _____

Timbro della farmacia

