UNIVERSITÀ DEGLI STUDI FIRENZE | Scuola di Scienze della Salute Umana

HR EXCELLENCE IN RESEARCH

**TIROCINIO**

**Corsi di Studio in Farmacia e Chimica e Tecnologia Farmaceutiche**
**vecchio ordinamento**

## PROGETTO FORMATIVO

Da trasmettere a cura del/della tirocinante all'indirizzo tirocini.farmacia.ctf@sc-saluteumana.unifi.it **dalla propria casella istituzionale *inserendo in oggetto:* TIROCINIO VECCHIO ORDINAMENTO – DATA DI INIZIO**

**Tirocinante**

| | |
|---|---|
| Nome e cognome | |
| Matricola | |
| Corso di Laurea Magistrale CU | |
| Anno di corso | |
| Nato a .. il | |
| Residente in (via e città) | |
| Codice fiscale | |
| Cellulare | |
| Mail istituzionale | |

**Farmacia ospitante:**

| | |
|---|---|
| Nome Farmacia | |
| Convenzionata con l'Ordine dei Farmacisti della provincia di | |
| Titolare | |
| Tutor professionale | |
| Indirizzo (via – CAP – città) | |
| Telefono | |
| Mail | |
| Pec | |

**Periodo di svolgimento del tirocinio**

| |
|---|
| **Data dal…….. al……** |

***Obblighi del tirocinante***

Durante lo svolgimento del tirocinio formativo il tirocinante è tenuto a:

a. svolgere le attività previste e aggiornare il Diario di tirocinio con le ore svolte;

b. attenersi alle disposizioni vigenti nella farmacia e impartite dal tutor professionale, con particolare riferimento al comportamento da tenere in farmacia, alle norme di igiene, sicurezza e salute sui luoghi di lavoro;

c. mantenere la necessaria riservatezza sui dati, le informazioni e le conoscenze acquisite durante lo svolgimento del tirocinio;

d. indossare il camice bianco e l'apposito cartellino di riconoscimento che lo identifichi al pubblico come tirocinante;

e. avvertire, in caso di assenza, il tutor professionale;

f. completare, al termine del tirocinio il libretto del tirocinante e consegnarlo all'Ordine dei Farmacisti di Firenze;

**Il tutor professionale ed il tirocinante si impegnano**, in caso di infortunio durante lo svolgimento del tirocinio, a segnalare tempestivamente l'evento ai competenti uffici dell'Ateneo al seguente indirizzo email **segnalazione.infortuni(AT)unifi.it**, inserendo in copia conoscenza anche il tutor universitario, ciò al fine di effettuare le denunce necessarie entro i tempi previsti dalla normativa vigente.

***Coperture assicurative***

*Il/la tirocinante è coperto dall'Ateneo come segue*

*Infortuni: copertura INAIL ai sensi del DPR 1124/1965 ART. 4 p. 5 e ss.mm.ii.,*

*Polizza infortuni nr. F2400026375-LB Lloyd's Insurance Company SA*

*Responsabilità civile: polizza RCT/0 N. 4220262484 compagnia Generali Italia SpA*

***Sicurezza nei luoghi di lavoro***

Si dà atto che lo studente ha assolto gli obblighi di Formazione in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro ed è in possesso dell'attestato di frequenza al corso di sedici ore come previsto dall'Accordo Stato-Regioni n. 221 del 21/12/2011 ex art. 37 comma 2 del D. Lgs. N. 81/2008; ed è risultato idoneo alla visita di sorveglianza sanitaria, precisando che sono entrambi validi per tutta l'esperienza.

La Farmacia ospitante si impegna

☐ a fornire al tirocinante una formazione integrativa sui rischi connessi allo svolgimento del tirocinio professionale nelle proprie strutture, sulle misure di prevenzione e protezione adottate in relazione alle specifiche attività di tirocinio e, qualora l'attività preveda l'utilizzo di dispositivi di protezione individuale (DPI), un adeguato addestramento inteso a garantire il corretto utilizzo.
☐ A fornire al tirocinante, in ottemperanza agli obblighi di cui all'art. 36 (Informazione ai lavoratori) del D.Lgs. 81/08, gli appropriati dispositivi di protezione individuali (DPI) ove previsti.

Se del caso**: La tirocinante nel rispetto della tutela delle lavoratrici in gravidanza** e/o madri come previsto dal D.Lgs. 151/2001 è tenuta ad informare immediatamente del suo stato il farmacista consegnando copia del certificato rilasciato dal ginecologo al tutor professionale da inviare anche all'indirizzo tirocini.farmacia.ctf@sc-saluteumana.unifi.it con oggetto NOME COGNOME – comunicazione gravidanza.

Si veda in particolare
https://www.sc-saluteumana.unifi.it/upload/sub/2017/stage/all-3-spp-gravidanza.pdf

***

Si dà atto che nessuna delle strutture ospitanti è di proprietà di un parente o affine entro il quarto grado del tirocinante.

L'accesso alla Farmacia ospitante è consentito per un massimo 40 ore settimanali, non più di 8 ore

giornaliere, dal lunedì al sabato con esclusione dell'orario notturno

L'attività di tirocinio deve corrispondere ad un totale di 900 ore

**Con la sottoscrizione del presente progetto formativo i firmatari approvano il contenuto dichiarano di aver presa visione di ogni sua parte. Inoltre, con la sottoscrizione**

- Il tutor professionale dà atto che lo stesso è stato condiviso e approvato dal rappresentante legale titolare della Farmacia accreditata.
- lo studente dichiara
  - di essere in possesso dei requisiti curriculari necessari per l'avvio del tirocinio (esami propedeutici già registrati in carriera)
  - di aver assolto gli obblighi in tema di sicurezza nei luoghi di lavoro (corso di formazione e visita di idoneità)

| **Firme** | |
|---|---|
| Studente | |
| Tutor professionale | |

Visti gli atti d'ufficio si attesta che il tirocinante

- ☐ è in regola con i requisiti curriculari
- ☐ ha assolto gli obblighi di Formazione in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro ed è in possesso dell'attestato di frequenza al corso di sedici ore come previsto dall'Accordo Stato-Regioni n. 221 del 21/12/2011 ex art. 37 comma 2 del D. Lgs. N. 81/2008; essa Pag. 10 a 16 ed è risultato idoneo alla visita di sorveglianza sanitaria;previsti e con gli obblighi in materia di sicurezza.

Il tirocinio può pertanto essere attivato

Firma dell'ufficio