



## DICHIARAZIONE della DISPONIBILITÀ dell'AZIENDA o ENTE CONVENZIONATO

Il sottoscritto:

<b>Sede del tirocinio:</b> Azienda o Ente convenzionato..... Via ..... n ..... C.a.p. .... Città ..... Prov. .... Tel ..... Fax ..... E- mail ..... ..... Codice Fiscale o Partita IVA: ..... .....
---

### DICHIARA

- di accogliere lo studente ..... per lo svolgimento del tirocinio di pratica professionale per: un mese due mesi tre mesi a partire dal giorno..... (data inizio) designando, per tutta la durata del tirocinio, come tutor aziendale il dott.<sup>1</sup> ..... assicurando:
- di non avere rapporti di parentela e di affinità entro il quarto grado o un rapporto di coniugio con lo studente accolto;
- di aver preso visione della informativa in materia di protezione dei dati personali (ai sensi degli articoli 13 e 26 del D.Legs. 30 giugno 2003 n.196) pubblicata sul sito del Dipartimento di Farmacia all'indirizzo <https://www.farmacia.unich.it/dipartimento>
- di prestare il consenso per il trattamento e per la comunicazione dei propri dati personali;
- di essere consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 46 del DPR 445/2000)

Luogo, data, timbro e firma del Titolare o Responsabile dell'Azienda o Ente convenzionato .....
--

Firma del Tutor Aziendale per accettazione dell'incarico, per presa visione dell'informativa in materia di protezione dei dati personali, per prestare il consenso al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali. .....
--

<sup>1</sup>La figura del Tutor Aziendale può coincidere con la persona del Titolare/Responsabile.