



Università degli Studi "G. d'Annunzio"  
Chieti-Pescara  
Dipartimento di FARMACIA



**SVOLGIMENTO del TIROCINIO DI PRATICA PROFESSIONALE in AZIENDA O ENTE CONVENZIONATO e ASSEGNAZIONE del TUTOR ACCADEMICO**

(da presentarsi, a cura dello studente, entro il 05 di ogni mese alla segreteria didattica del Dipartimento I liv. Corpo C stanza 420/ [dipartimento.farmacia@unich.it](mailto:dipartimento.farmacia@unich.it) che provvederà alla trasmissione alla Commissione per il Tirocinio)

**Generalità tirocinante:**

Il sottoscritto ..... matr. n. ....  
Dipartimento di Farmacia, Corso di Laurea in TESTA iscritto all'anno di corso..... nato a  
..... il ..... residente in (via, n., comune, prov.)  
.....  
cellulare ..... e-mail: .....  
codice fiscale .....

avendo i requisiti per l'iscrizione al terzo anno di corso, chiede di essere ammesso a svolgere il Tirocinio di pratica professionale nella seguente azienda o ente convenzionato

**Sede del tirocinio:**

Azienda o Ente convenzionato.....  
Via ..... n .....  
C.a.p. .... Città ..... Prov. ....  
Tel ..... Fax ..... E- mail .....  
Codice Fiscale o Partita IVA: .....

**Data e firma del tirocinante**

Visto, si certifica quanto dichiarato.

**La Segreteria** (timbro e firma leggibile)

Data..... firma .....

**Indicazione del Tutor accademico** assegnato dalla Commissione per il tirocinio

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 26 del D.Lgs. 30.06.2003 n.196 il cui testo è riportato sul sito web di Dipartimento <https://www.farmacia.unich.it/dipartimento> quindi:

- presta il suo consenso per il trattamento e la comunicazione dei propri dati personali  
(firma leggibile) .....

- presta il suo consenso per il trattamento e la comunicazione dei propri dati sensibili vincolandolo comunque al rispetto di ogni altra condizione imposta per legge  
(firma leggibile) .....