

Modulo di adesione alla convenzione per il tirocinio professionale

Il/la sottoscritto/a.....

Titolare della Farmacia.....

Via/P.zza.....

Comune diProv.....

Indirizzo email.....

Indirizzo pec.....

presa visione della convenzione stipulata tra il Dipartimento di Farmacia e l'Ordine dei Farmacisti della provincia di Pisa in data 14/12/2016, con particolare riguardo **all'art. 5 commi c e d ed all'art.7** , nei quali sono riportati sia gli obblighi del soggetto ospitante (farmacia) che le relative coperture assicurative e che si riferiscono allo svolgimento del tirocinio pre-laurea previsto per gli studenti del corso di Laurea in Farmacia e CTF, **aderisce alla stessa nei contenuti e nella forma**, dichiarando nel contempo che l'organico della Farmacia è composto da n° Farmacisti.

Data

Firma e timbro del titolare / direttore

Da inviare all'indirizzo email: info@ordinefarmacisti.pisa.it