Timbro Farmacia

**All’ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA**

**DI TREVISO**

**PEC:** [**ordinefarmacistitv@pec.fofi.it**](mailto:ordinefarmacistitv@pec.fofi.it)

Modulo di adesione alla convenzione per il tirocinio professionale (TPV)

Il/la sottoscritto/a.....................................................................................................................

Direttore/titolare della Farmacia…..........................................................................................

Indirizzo..................................................................................................................................

Comune di ............................................................... (TV) - Tel.n°…….……………..……….

e-mail……………………………………………….PEC……………….…………………….……

orario di apertura al pubblico:…………………………………….…………….…………………

presa visione del [Protocollo in materia di tirocinio curriculare pratico-valutativo (TPV)](https://ordinefarmacistitreviso.it/vfm/Documenti/Protocollo_tirocinio_pratico_valutativo_%28TPV%29_%28002%29_signed.pdf) allegato alla Convenzione, che tratta del tirocinio curricolare previsto per gli studenti del corso di Laurea in Farmacia e CTF, decide di aderire alla convenzione stipulata tra le Università e l’Ordine dei Farmacisti della provincia di Treviso; dichiara che l’organico della Farmacia è composto da n° .......................... Farmacisti.

Disponibilità ad ospitare un numero massimo di .............. tirocinanti contemporaneamente.

Dichiara che nella farmacia vi sono le condizioni per l’esecuzione di tutte le attività previste per il TPV e chiede che la farmacia venga inserita nell’elenco delle farmacie aderenti pubblicato sul sito dell’Ordine.

Data………………………

Firma del titolare/direttore della Farmacia

……………………………………………….