**Dichiarazione di accoglimento dello studente tirocinante**

Il/La sottoscritto/a .................................................................., titolare/direttore della farmacia

............................................................................... sita in ………………………………… (……..…)

ovvero Dirigente farmacista presso la farmacia dell’A.O. ………………………………………………………….

di …………………………………………………, in qualità di tutor professionale del tirocinante Sig./Sig.ra ………………………………………………………………….., iscritto al CdLM in Farmacia/CTF,

D I C H I A R A

1. di aver preso atto delle linee guida emanate nel mese di maggio 2020 dalla FOFI in merito alla ripresa delle attività in presenza di tirocinio professionale pre-laurea;
2. di essere nelle condizioni di applicare le predette misure di prevenzione previste da tali linee guida e quelle disposte dalle competenti Autorità per un efficace contrasto al rischio di contagio anche al tirocinante sopra indicato, al quale sarà garantita la disponibilità dei dispositivi di protezione individuale.

Li……………………………, data

Il titolare/direttore della farmacia

(firma e timbro)