

All'Ordine dei Farmacisti  
della Provincia di Modena

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ Titolare/Direttore della Farmacia  
\_\_\_\_\_ sita in \_\_\_\_\_,  
in via \_\_\_\_\_

in relazione all'avvio dell'attività di tirocinio curriculare mediante la *modalità in presenza*,  
e limitatamente al periodo di emergenza,

**DICHIARA**

- di avere letto la circolare FOFI n. 12225 contenente le “Indicazioni transitorie per lo svolgimento dei tirocini curriculari nell’ambito dei corsi di Laurea in Farmacia e CTF”;
- di avere letto le “Indicazioni per lo svolgimento del tirocinio in presenza del tirocinante” concordate tra gli Ordini Professionali dell’Emilia - Area Nord;
- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna;
- **che sussistono le condizioni per lo svolgimento delle attività formative connesse con il tirocinio in presenza, in base alle caratteristiche organizzative della propria struttura, nonché alle condizioni che possano assicurare il rispetto delle disposizioni adottate dalle competenti Autorità in materia di sicurezza e distanziamento sociale.**

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Timbro e firma)