



Struttura

(Ad es. Dipartimento/Azienda)

Oggetto: Attività per preparazione Tesi

Siamo a chiedere a codesta struttura l'accesso per lo svolgimento di attività per preparazione Tesi dell.. studente , iscritta/o al **Corso di Laurea in Farmacia**.

Si precisa che:

- La copertura assicurativa per infortuni occorsi allo studente durante lo svolgimento delle attività previste dal progetto è a carico dell'Ateneo di Firenze (polizza infortuni cumulativa nr. 350600615 stipulata con Generali Italia SpA).
- lo studente è in possesso di certificazione di idoneità rilasciata dalla Medicina del Lavoro dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi ed è in possesso del certificato di formazione generale e specifica rilasciato dal questo Ateneo ai sensi del Decreto Legislativo 81/2008, di cui si allega il programma.

Sarà in capo a codesta azienda provvedere a:

- procedere ad erogare alla studentessa adeguata "Informazione ai lavoratori" così come definita ai sensi dell'art. 36 del D.Lgs. 81/08;
- verificare che l'attestato di "Formazione specifica" allegato, così come definita dall'art. 37 D.Lgs. 81/08 e dall'Accordo in Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome n. 221/CSR del 21.12.2011, sia coerente col documento di valutazione dei rischi redatto da Codesta Azienda provvedendo ove necessario alle opportune integrazioni in conformità ai rischi a cui i tirocinanti sarà esposta;
- procedere con l'"Addestramento specifico" se dovuto, così come definito al comma 4 dell'art. 37 D.Lgs. 81/08
- ottemperare all'obbligo di fornire al tirocinante gli eventuali DPI (dispositivi di protezione individuali) che risultassero necessari per le attività previste dal tirocinio e il relativo addestramento, qualora previsto dalla normativa vigente.
- Adempiere agli obblighi di cui all'art. 41 del D. Lgs.81/08 "Sorveglianza sanitaria". La tirocinante che in base ai risultati della valutazione dei rischi delle attività previste nel progetto di tirocinio, effettuata dal soggetto ospitante, dovesse risultare esposta a uno o più rischi rilevanti per la salute, sarà sottoposti a sorveglianza sanitaria da parte del medico competente dell'Azienda, cui compete la valutazione in merito alla possibilità di ritenere valida la certificazione di cui la studentessa è già in possesso.



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

**Scuola di
Scienze della
Salute Umana**

Gli obiettivi formativi attesi, già concordati per vie brevi, sono riportati nel documento allegato, che, ove nulla osti, Codesta Struttura vorrà restituire debitamente sottoscritto per accettazione.

Il Relatore



Allegato

Denominazione Corso di Studio	Farmacia
Studente	
Nome	
Cognome	
Numero di matricola	
E-mail istituzionale	
Tel. Cellulare n°	
In regola con gli adempimenti ex Dlgs 81/2008 sulla sicurezza dei luoghi di lavoro	
Relatore	
Nome	
Cognome	
Ruolo	
E-mail istituzionale	
Tel.	

Struttura ospitante	
Rappresentante legale o Direttore di Dipartimento/DAI	
Nome	
Cognome	
Data di nascita ¹	
E-mail istituzionale	
Tel. Cellulare n°	
Tutor e referente per le attività¹	
Nome	
Cognome	
Data di nascita	
E-mail istituzionale	
Tel. Cellulare n°	

¹ il tutor deve essere individuato in personale dipendente della struttura



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

Scuola di
Scienze della
Salute Umana

Progetto delle attività	
Periodo	
Sede di svolgimento delle attività	
Descrizione del progetto e delle attività da svolgere	
Rischi lavorativi connessi all'attività	RISCHIO CHIMICO ☐ BIOLOGICO ☐ OGM ☐ CANGEROGENI E MUTAGENI ☐ RADIAZIONI OTTICHE ☐ CAMPI ELETTRROMAGNETICI ☐ RADIAZIONI IONIZZANTI
	LO STUDENTE SI IMPEGNA AL CORRETTO UTILIZZO DEI DPI FORNITI DALLA STRUTTURA OSPITANTE E AL RISPETTO DEL REGOLAMENTO SULLA SICUREZZA FORNITO DALLA STESSA. LA STRUTTURA SI FA CARICO DI FORMARE E INFORMARE SUI RISCHI PER LA SALUTE E LA SICUREZZA CHE L'ATTIVITA' SVOLTA PUO' COMPORTARE

Firma Studente

Firma Relatore

Firma del Tutor referente per l'attività

Firma per accettazione del rappresentante legale struttura ospitante o Direttore di Dipartimento/DAI