

ALLEGATO AL PROGETTO FORMATIVO n.....

Emergenza Covid-19: Applicazione ai tirocinanti del protocollo per tutelare la salute e la sicurezza dei lavoratori dal possibile contagio da nuovo coronavirus e garantire la sicurezza dell'ambiente di lavoro.

1. IL TITOLARE/DIRETTORE DELLA FARMACIA

Il/La sottoscritto/acontatto e-mail

contatto telefonico Titolare/Direttore della farmacia

Autorizzato dal Consiglio dell'Ordine a svolgere nella farmacia suindicata attività di tirocinio a studenti in Farmacia e CTF delle Università con le quali l'Ordine ha sottoscritto apposita convenzione;

Preso atto di tutte le disposizioni contenute nei DPCM e nelle ordinanze del Presidente della Regione Lombardia sulle misure in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19;

Preso atto che ai sensi dell'art. 2 comma 1 lett. a) del D.Lgs. n. 81/08 "Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro", il tirocinante deve essere inteso come "lavoratore";

Preso atto che il soggetto ospitante, si è impegnato a farsi carico delle misure di tutela e degli obblighi stabiliti dal D.Lgs.n. 81/08, in particolare sulla formazione specifica e sull'organizzazione del SPP aziendale.

DICHIARA

di ottemperare agli obblighi inerenti l'informazione, le modalità di accesso alla farmacia, le precauzioni igienico-personali, i dispositivi di protezione individuali, la gestione degli spazi comuni, gli spostamenti interni e tutti gli altri aspetti così come richiamati dai protocolli emanati dalle autorità competenti.

di essere consapevole che il tirocinio dovrà essere sospeso o interrotto dandone immediata comunicazione all'Università tramite i consueti canali, qualora vi siano restrizioni all'esercizio dell'attività o alla mobilità.

di informare tempestivamente, comunque entro 3 giorni, oltre all'ATS anche l'Università di ogni evento legato al contagio covid-19 che possa interessare direttamente o indirettamente il tirocinante.

di provvedere a richiedere la sospensione del tirocinio, secondo le modalità consuete, qualora fosse necessario l'allontanamento del tirocinante dalla sede operativa per cause inerenti il covid-19.

2. IL TUTOR

Il/La sottoscritto/a contatto e-mail

contatto telefonico Tutor del Tirocinante

di svolgere il tirocinio come da regolamento dell'Università con la presenza dello studente in farmacia e, qualora decida di svolgerne una parte con la modalità a distanza, di limitarla alle seguenti attività previste nel progetto formativo:

- l'ordine professionale e la deontologia;
- la conduzione tecnico-amministrativa della farmacia inerente l'organizzazione;
- le modalità e gli strumenti tecnologici adottati nella farmacia per la stabilità e la buona conservazione dei farmaci, nonché le procedure per la gestione dei farmaci scaduti e revocati;
- l'utilizzo delle fonti di informazione disponibili nella farmacia o accessibili presso strutture centralizzate;
- la gestione imprenditoriale della farmacia e gli adempimenti inerenti la disciplina fiscale.

Per tali attività garantirò il monitoraggio costante per telefono, per email e/o mediante consultazione del libretto informatico e verificherà che abbia completato e concluso il tirocinio con il raggiungimento di tutti gli obiettivi previsti dal piano formativo.

• di essere consapevole che la modalità "a distanza" non deve comportare alcun onere economico per il tirocinante, il quale deve poter operare attraverso attrezzature informatiche, e che il tirocinio in modalità agile deve svolgersi nel rispetto dei criteri di idoneità e sicurezza ai sensi della normativa vigente.

3. IL TIROCINANTE

Il/La sottoscritto/a
matricola contatto email contatto telefonico

DICHIARA

di essere stato informato sugli obblighi inerenti l'informazione, le modalità di accesso alla farmacia, le precauzioni igienico-personali, l'uso dei dispositivi di protezione individuali, la gestione degli spazi comuni, gli spostamenti interni e tutti gli altri aspetti così come richiamati dai protocolli emanati dalle autorità competenti.

di aver ricevuto i dispositivi di protezione individuale e di usarli correttamente.

di aver preso visione del DVR e delle Istruzioni operative di prevenzione e sicurezza in esso contenute.

di aver consegnato al Titolare/Direttore della Farmacia gli attestati sulla formazione generale e specifica previsti dal D.Lgs.n. 81/08.

di essere consapevole che il tirocinio dovrà essere sospeso o interrotto dandone immediata comunicazione all'Università tramite i consueti canali, qualora vi siano restrizioni all'esercizio dell'attività o alla mobilità.

di comunicare tempestivamente eventuali sintomi da infezione da COVID-19 al Tutor, astenendosi dal presentarsi sul luogo di lavoro

di sospendere tempestivamente il tirocinio in caso di eventuali inosservanze delle disposizioni di legge in materia di sicurezza e tutela della salute da parte della farmacia, dandone immediata informazione al Cosp.

Il Tutor e il Tirocinante autorizzano l'Università al trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 10 D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 e ss.mm.ii nonché del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati Personali (UE 679/2016), finalizzato agli adempimenti necessari per l'espletamento della procedura di attivazione del lavoro da remoto.

Luogo e data

Firma del Titolare/Direttore della Farmacia _____

Firma del Tutor _____

Firma per il Tirocinante _____