

Timbro della farmacia

Allegato C

_____ li, _____

All'Azienda Sanitaria Locale (A.S.L.) N. ...
c/a Dirig. Resp. Servizio Farmaceutico Territoriale
Via.....n.
..... (.....)

Oggetto: Comunicazione relativa agli addetti all'esercizio farmaceutico.
(Art. 12 D.P.R. 21/8/1971 n.1275 e artt. 46 e 47 D.P.R. 28/12/2000 n.445)

..../la sottoscritt.... Dr./Dr.ssa
Titolare/Direttore/Gest.Provv. della sede farmaceutica n.ubicata in Comune di

.....,

COMUNICA

di aver ripreso regolare servizio in data _____¹ e che pertanto il Dr./sa
_____²

..... li,

In fede
Titolare/Direttore/Gest.Provv.

.....
(Firma leggibile)

La sottoscrizione della presente dichiarazione non è soggetta ad autenticazione della
firma se inviata unitamente ad una fotocopia di un documento di riconoscimento.

- 1) indicare il primo giorno "effettivo" di rientro in servizio
- 2) specificare se cessa il rapporto di lavoro ovvero se il farmacista rimane in qualità collaboratore