



Timbro della farmacia

_____ li, _____

All'Azienda Sanitaria Locale (A.S.L.) N.
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
....., consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità (art. 76 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

che presso la suddetta farmacia il giorno __ / __ / ____ (1) il/la Dr./Dr.ssa
....., iscritt... all'albo Professionale dei Farmacisti della Pro-
vincia di..... al n.

ha preso servizio **ha cessato il servizio**
in qualità di farmacista

Collaboratore **Praticante** **Altro**
(specificare)

Con contratto:

a tempo indeterminato a tempo determinato fino al(2)
(se trattasi di inizio servizio specificare anche le modalità):

a tempo pieno a tempo parziale (part-time) per n.ore settimanali (2)

altra modalità
(specificare)

..... 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 O L'ULTIMO GIORNO DI EFFETTIVO SERVIZIO

In caso di inizio rapporto la presente dichiarazione deve essere trasmessa unitamente a:

- certificato medico comprovante l'esenzione del coadiutore " da difetti ed imperfezioni che impediscano l'esercizio professionale della farmacia e da malattie contagiose in atto che rendano pericoloso l'esercizio stesso" (art. 12 D.P.R. 21.8.71 n. 1275);
- certificato di iscrizione all'Albo professionale del dr./dr.ssa dipendente **OVVERO** autocertificazione (con allegata fotocopia di un documento di riconoscimento) resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000 attestante data e luogo del conseguimento della laurea, data e luogo dell'abilitazione definitiva all'esercizio della professione, nonché l'iscrizione all'Ordine dei Farmacisti con relativo numero e decorrenza.

(2) DEPENDERE LE VOCI CHE NON RICORRONO