

Farmacia _____

Codice regionale _____

Comune _____

Spett.le ASP di Catanzaro
U.O. Assistenza Farmaceutica/Farmaceutica Territoriale

Via _____

E, p.c. Ordine Provinciale dei Farmacisti Catanzaro
Via Italia,81

Oggetto: Comunicazione di inizio attività Farmacista in farmacia aperta al pubblico (D.P.R. 21.08.1971 n. 1275 art.14).

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa Titolare ___ / Direttore ___
/ Gestore___ provvisorio della Farmacia..... Codice
Regionale ubicata in Vianr. del
Comune di

COMUNICA

che il/la Dott./Dott.ssa nato/a a
..... il, residente a..... in
via..... n. CF
mail....., in possesso della laurea in ___ Farmacia / ___ Chimica e
Tecnologie Farmaceutiche, conseguita presso l'Università di in
data e del Diploma di Abilitazione registrato presso l'Università di
in data, iscritto all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di dal
..... al n. presta la propria attività presso questa farmacia in qualità di farmacista
collaboratore ___ / Praticante ___ a far data dal giorno ___ / mese ___ / anno ___ per un totale di ore
..... settimanali___ / mensili___.

Si allega autocertificazione di iscrizione all'ordine del/della dott./dott.ssa..... e
fotocopia della sua carta d'identità.

Lo scrivente si riserva di segnalare tempestivamente ogni futuro cambiamento d'orario, nonché la data di
cessazione dell'attività di Farmacista del/della dott./dott.ssa.....

Distinti saluti.

.....
(luogo) (data)

IL FARMACISTA COLLABORATORE ___ / PRATICANTE ___
(firma per accettazione)

IL FARMACISTA TITOLARE/DIRETTORE

Il Farmacista Collaboratore ___ / Praticante ___ dichiara, sotto la propria responsabilità, l'insussistenza di incompatibilità previste dalla
vigente normativa.

.....
(firma)

*Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza di dipendente addetto
ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autentica di un documento d'identità del dichiarante, all'ufficio competente.*

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a Codice Fiscale
..... Nato/a a.....
il.....Residente a.....in
Via..... n. civico.....
Recapito/domicilio presso.....in Via
n. civico

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000

DICHIARA

Di essere in possesso del/i seguente/i titoli di studio:

Laurea in

Conseguita presso

Il

Di essere :

abilitato/a all'esercizio della professione di farmacista avendo superato l'esame di stato presso l'Università degli Studi di.....nell'annoe regolarmente iscritto/a all' Albo Professionale dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di.....al n.....dal

Di avere il seguente indirizzo di posta elettronica certificata PEC.....

.....li,

Il Dichiarante

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.lgs. n.196/03, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.