

**MODULO DI COMUNICAZIONE ALL'A.S.P. DI INIZIO SERVIZIO DEI FARMACISTI
COLLABORATORI E PRATICANTI.**

Farmacia _____
Codice regionale _____
Comune _____

Spett.le A.S.P. di Catanzaro

Direttore U.O.C. Assistenza Farmaceutica Territoriale

Via _____

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
Via nr. 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.....

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 TITOLARE/ DIRETTORE

.....

Il Farmacista Collaboratore /Praticante
(firma per accettazione)

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
Via/ n. civico Recapito/domicilio presso
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

D I C H I A R A

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'anno e 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.

