

**COMUNICAZIONE ASSUNZIONE/CESSAZIONE COLLABORATORI FARMACISTI
AI SENSI DELL' ART. 12 DPR 1275/1971 E S.M.I.**

**Spett.le AULSS 9 Scaligera
UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale
UOS Autorizzazione e Vigilanza Farmacie e
Magazzini Farmaceutici
protocollo.aulss9@pecveneto.it**

**e,p.c. All'Ordine dei Farmacisti della Provincia di
Verona
ordinefarmacistivr@pec.fofi.it**

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa Titolare/Direttore resp/Legale Rapp. della
Farmacia cod. prov. n. con sede nel Comune di
.....via.....comunica a codesta ASL che a partire dal
presso la succitata Farmacia, () presta la propria opera professionale il/la
() non presta più

Dott./ssa.....nato/a a il
iscritto/a all' Albo dell'Ordine dei Farmacisti della provincia di al n.
dal

Il/La succitato/a dott./ssa svolge la propria opera professionale in
qualità di Farmacista collaboratore: (barrare la casella interessata)

- praticante (volontario)
- dipendente a tempo pieno/ n. ore settimanali
- dipendente a tempo parziale/n. ore settimanali
- altre forme di collaborazione
(specificare libero-professionale, impresa familiare, associazione in partecipazione,
ecc., a tempo pieno o tempo parziale e il numero di ore settimanali)

Nota Bene: nei casi in cui si renda difficoltoso programmare le presenze del farmacista in libera professione, l'orario effettivamente svolto potrà essere comunicato a fine mese specificando i giorni di effettiva presenza e le ore prestate. In caso di cessazione del rapporto con il farmacista in libera professione dovrà essere data tempestiva comunicazione.

Allegati:

- n. 1 dichiarazione sostitutiva di certificazione del collaboratore di iscrizione all'Albo Professionale;

DATA..... TIMBRO E FIRMA

ALLEGATO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (AUTOCERTIFICAZIONE)

ai sensi dell' art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ prov _____
il _____ residente nel Comune di _____ prov _____
in via _____ n _____ cod.fisc. _____

rende la presente dichiarazione consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 e s.m.i.

DICHIARA QUANTO SEGUE

Di aver conseguito la Laurea in _____ presso l'Università di _____
in data _____;

Di aver conseguito l'abilitazione professionale presso l'Università di _____
nell' anno _____ sessione _____;

Di essere iscritto all'Albo dei farmacisti della provincia di _____ al n. _____
dal _____.

I dati personali saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento (UE) 2016/679 (General Data Protection Regulation – GDPR) secondo l'informativa conservata presso la sede dell'Azienda Ulss n. 9 pubblicata nel sito internet, accessibile al seguente link: <https://www.aulss9.veneto.it>.

data _____ **il dichiarante** _____ (firma)