

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

**SPETT.LE AULSS 9  
UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale  
UOS Gestione Giuridica Amministrativa  
delle Strutture  
protocollo.aulss9@pecveneto**

Il sottoscritto Dott. .... Titolare/Direttore responsabile/Legale Rapp della  
Farmacia .....con sede in .....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 succitato/a dott. .... 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 .....

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (AUTOCERTIFICAZIONE)**  
ai sensi dell' art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_ vol. \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_;

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.LGS n. 196/2003 e s.m.i. che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

data \_\_\_\_\_ **il dichiarante** \_\_\_\_\_ (firma)