

MODULO RICHIESTA CERTIFICATO DI SERVIZIO

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

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiara sotto la propria  
responsabilità di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, essere  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ ed essere  
iscritto/a all'Albo professionale dei farmacisti della provincia di \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il rilascio di n° \_\_\_\_\_

- CERTIFICATO DI SERVIZIO ATTESTANTE IL SERVIZIO PRESTATO IN QUALITÀ DI FARMACISTA PRESSO LE FARMACIE PRIVATE/PUBBLICHE DELL'AULSS 9 DA UTILIZZARE ESCLUSIVAMENTE NEI RAPPORTI TRA PRIVATI AI SENSI DELL'ART. 15 DELLA LEGGE 183/2011 E S.M.I..
- CERTIFICATO DI TITOLARITÀ, PER USO PRIVATO, DELLA FARMACIA \_\_\_\_\_
- CERTIFICATO DI RURALITÀ, PER USO PRIVATO, DELLA FARMACIA \_\_\_\_\_ DI CUI È TITOLARE.

IN CARTA  LIBERA  LEGALE (1 marca da bollo, tariffa vigente, per il rilascio del certificato)

**Nota Bene:**

**Art. 40 D.P.R. N. 445/2000 e s.m.i.: "Il presente certificato non può essere prodotto agli organi della pubblica amministrazione o ai privati gestori di pubblici servizi".**

RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**Allega copia documento di identità'**