

**COMUNICAZIONE ASSUNZIONE/VARIAZIONE/CESSAZIONE RAPPORTO FARMACISTI COLLABORATORI
ai sensi dell'art. 12 DPR 1275/1971 e s.m.i.**

Spett.le AULSS 7 Pedemontana
UOC ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE
farmaceutico.terr@aulss7.veneto.it

e p.c. All'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Vicenza
ordine@ordinefarmacistivicenza.it

Il/la sottoscritto/a dr./dr.ssa _____

Titolare/Direttore della farmacia _____ codice _____

sita nel comune di _____ (VI)

via _____ n° _____

COMUNICA

☐ **L'ASSUNZIONE**

☐ **LA VARIAZIONE**

☐ **LA CESSAZIONE**

dal ____ / ____ / ____

del/della dr./dr.ssa _____

nato/a a _____ (prov.) ____ il ____ / ____ / ____

Codice Fiscale

Iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei Farmacisti della provincia di _____

al n. _____ dal ____ / ____ / ____

Il succitato/a Dott./Dott.ssa svolge la propria opera professionale in qualità di Farmacista:

- ☐ praticante (volontario)
- ☐ collaboratore dipendente tempo pieno (40h)
- ☐ collaboratore dipendente part-time per n° ore settimanali
- ☐ collaboratore libero professionista ☐ per n° oresettimanali
- ☐ per turno notturno

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. Anche in caso di cessazione del rapporto con il farmacista in libera professione dovrà essere data comunicazione.

Allegato: dichiarazione sostitutiva di certificazione del collaboratore.

Data _____

Per accettazione

Timbro e firma farmacia

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (Autocertificazione)
(ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

Il/la Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

residente in _____ in via _____

codice fiscale _____

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28.12.2000

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,
richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000

DICHIARA

di essere in possesso della Laurea in _____

conseguita presso l'Università di _____

in data (giorno/mese/anno) _____

di aver conseguito l'abilitazione professionale presso l'Università di _____

sessione (prima/seconda) _____

nell'anno _____

di essere iscritto all'Albo dei Farmacisti della Provincia di _____

dal _____

al n. _____

Il dichiarante è a conoscenza, ai sensi e per gli effetti di cui al D.lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti e inerenti alla presente procedura verranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

La presente dichiarazione è inviata insieme a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità valido.

Data _____

Il Dichiarante
