

Farmacia _____

Codice regionale _____

Comune _____

Spett.le ASP di Catanzaro
U.O. C. Assistenza Farmaceutica Territoriale
E, p.c. Ordine Provinciale dei Farmacisti Catanzaro
Via Italia, 81

Oggetto: Comunicazione di inizio attività Farmacista in farmacia aperta al pubblico (D.P.R. 21.08.1971 n. 1275 art.12).

Il/La sottoscritto/a.....Legale Rappresentante della
Farmacia.....Codice Regionale ubicata in Via
.....nrdel 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 ex L892/1984___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..... e
fotocopia della sua carta d'identità.

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 COLLABORATORE___/ PRATICANTE
(firma per accettazione)

IL LEGALE RAPPESANTANTE
(firma)

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.*

U.O. C. Assistenza Farmaceutica Territoriale - Via Arturo Perugini - 88046 Lamezia Terme - Via Melito Porto Salvo, 3 - 88100 Catanzaro |
pecmail: uocaf.catanzaro@pec.asp.cz.it

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..... in
Via..... n. civico.....
Recapito/domicilio presso..... in 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

DICHIARA

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'annoe 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.