

Al Responsabile  
del Servizio Farmaceutico Territoriale  
Azienda Sanitaria Locale di Matera  
Via Montescaglioso  
75100 MATERA

Oggetto: comunicazione attività professionale.

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa \_\_\_\_\_  
titolare/direttore/legale rappresentante della farmacia correlativa alla sede farmaceutica n. \_\_\_\_\_  
della pianta organica delle farmacie del Comune di \_\_\_\_\_, ubicata  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

COMUNICA

che dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ il dr./la dr.ssa \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ cod. fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

ha iniziato

ha cessato

la propria attività:

per pratica professionale biennale

per assunzione a tempo indeterminato come collaboratore

per assunzione a tempo determinato come collaboratore dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Il dr./La dr.ssa \_\_\_\_\_ presterà l'attività nei seguenti giorni settimanali e con i  
seguenti orari:

---

---

---

---

---

---

---

---

Si allega dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa all'iscrizione all'Ordine dei Farmacisti  
del praticante/collaboratore (allegato 1).

Luogo e data

Firma del  
Titolare/Direttore/Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allegato 1

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_,  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
ai sensi dell' art. 46 del DPR 28/12/2000 n. 445, consapevole della responsabilità penale per le false  
dichiarazioni, la falsità negli atti o uso di atti falsi ex art. 76 dello stesso DPR,

DICHIARA

di essere iscritto/a all'Albo dei Farmacisti della provincia di \_\_\_\_\_  
al n° \_\_\_\_\_ dal \_\_/\_\_/\_\_.

Luogo e data

Firma del praticante/collaboratore

\_\_\_\_\_, \_\_/\_\_/\_\_

\_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.