

Spett.le AULSS n. 5 Polesana
UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale
protocollo.aulss5@pecveneto.it

e.p.c. All'Ordine dei Farmacisti della Provincia di
Rovigo
ordinefarmacistiro@pec.fofi.it

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa _____ Titolare/Legale
rappresentante/Direttore Resp. della Farmacia _____ del
Comune di _____ via _____ n. _____, in riferimento all'art.
11 e 7 della Legge 08.11.1991 n. 362 e s.m.i. e all'art. 6 della Legge Regionale n. 28/1993, chiede
di assentarsi dal servizio per il periodo dal _____ al _____

per la motivazione sotto segnalata:

- | | |
|--|---|
| ☐ per infermità (allegare certificato medico) | ☐ per gravi motivi di famiglia |
| ☐ per gravidanza | ☐ per adozione e affidamento |
| ☐ per servizio militare | ☐ per funzioni pubbliche elettive o
incarichi sindacali elett. Naz. |
| ☐ per ferie | |

Durante la sua assenza la conduzione professionale della Farmacia è affidata al/alla
Dott./ssa _____ (*),
N.B (in caso di **gestione societaria**: *"la direzione è affidata a un farmacista in possesso del requisito
dell'idoneità previsto dall'articolo 12 della legge 2 aprile 1968, n. 475, e successive modificazioni che
ne è responsabile"*).

Iscritto/a all'Albo dei Farmacisti di _____ al n. _____ in data _____

TIMBRO E FIRMA

FIRMA PER ACCETTAZIONE DELLA
CONDUZIONE PROFESSIONALE
DELLA FARMACIA

DATA

(*) DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE
SE NON GIA' PRESENTE AGLI ATTI DI QUESTA AULSS

- n. 1 dichiarazione sost. di certif. di iscrizione all'Albo Professionale e solo in caso di gestione societaria possesso del
requisito di idoneità del farmacista.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (AUTOCERTIFICAZIONE)

ai sensi dell' art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ prov _____
il _____ residente nel Comune di _____ prov _____
in via _____ n _____ 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. _____ dal
_____;

Solo in caso di gestione societaria

Di essere in possesso del requisito di idoneità previsto dall'art. 12 della legge 475/1968 e s.m.i. in
quanto:

() essere risultato idoneo in un precedente concorso, nell'anno _____ Regione
_____;

() avere almeno due anni di pratica professionale, in qualità di _____
presso la/e farmacia/e dell'Aulss n. _____ prov. _____.

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)