

**Comunicazione ATTIVITA' Farmacista in farmacia aperta al pubblico**  
(R.D. n.1265/1934-art. 32 e ss.mm.; L. 892/1984-art. 6)

**COMUNICAZIONE ASSUNZIONE**

Spett.le AULSS 5 Polesana  
UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale  
[protocollo.aulss5@pecveneto.it](mailto:protocollo.aulss5@pecveneto.it)

e.p.c. Ordine Farmacisti Provincia di Rovigo  
[ordinefarmacistiro@pec.fofi.it](mailto:ordinefarmacistiro@pec.fofi.it)

**Il/La sottoscritto/a**

|         |      |
|---------|------|
|         |      |
| Cognome | Nome |

**Titolare/Direttore della Farmacia:**

|                |  |                  |                                                                              |
|----------------|--|------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Denominazione: |  |                  |                                                                              |
| Numero:        |  | Comune/Località: |                                                                              |
| Indirizzo:     |  |                  | N° <span style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 40px;"></span> |

**COMUNICA**

**Che il/la Dott./Dott.ssa**

|         |      |
|---------|------|
|         |      |
| Cognome | Nome |

|                 |                |
|-----------------|----------------|
|                 |                |
| Data di Nascita | Codice Fiscale |

**Presterà la propria attività presso la farmacia in qualità di**

**per il periodo dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ in qualità di**

- ☐ Farmacista Collaboratore a tempo pieno
- ☐ Farmacista Collaboratore a tempo parziale per N° ore settimanali \_\_\_\_\_
- ☐ Altre forme di collaborazione
- Attività libero professionale
  - Tirocinio pre laurea
  - Tirocinio post laurea
  - Pratica professionale biennale (art. L. 829/84)
  - Praticante (volontario)
  - Altro (specificare) \_\_\_\_\_

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

Allegati:

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione del collaboratore di iscrizione all'Albo Professionale;**

DATA..... TIMBRO E FIRMA .....

**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.

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 \_\_\_\_\_

al n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_.

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)