

COMUNICAZIONE ASSUNZIONE COLLABORATORE FARMACISTA

AL RESPONSABILE
S.S. FARMACEUTICA TERRITORIALE
ASL BI
VIA DEI PONDERANESI, 2
13875 PONDERANO

Il sottoscritto Dr. , in qualità di

☐ Titolare

☐ Direttore

della Farmacia (*denominazione*)

sita in Via

nel Comune di

prov. BI

COMUNICA

comunica di aver assunto a far data dal

il/la Dr.

nato/a a

il

residente a

prov.

in Via

regolarmente iscritto/a all'Albo dei Farmacisti della provincia di

dal

al N°

, in qualità di Farmacista Collaboratore a:

☐ Tempo pieno

☐ Part-time con il seguente orario:

☐ Indeterminato

☐ Determinato fino al

A tal fine allega Dichiarazione sostitutiva di certificazione del Farmacista Collaboratore, copia documenti d'Identità e Codice Fiscale

Data:

Firma

(firma per esteso e leggibile)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

-ai sensi degli artt. 46, 48, 49, D.P.R. 28 Dicembre 2000 n.445-

Il/la sottoscritto/a

nato/a a il ,

C.F. e residente a

in Via n°

Consapevole ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000 della propria responsabilità penale nel caso di dichiarazioni non veritiere, ed ai sensi dell'art. 75 D.P.R. 445/2000 nel caso di falsità negli atti ed uso di atti falsi, decadrà dai benefici conseguenti eventualmente ottenuti

DICHIARA

- di essersi laureata/o in presso l'Università degli Studi di il
- ed abilitat_ alla professione presso l'università degli Studi di nella sessione di ;
- di essere iscritt_ all'Albo dei Farmacisti della Provincia di dal con il n° ;

Allega alla presente:

- Fotocopia documento d'identità in corso di validità.
- Fotocopia codice fiscale

Data:

Firma _____
(firma per esteso e leggibile)

Esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione per tutte le fasi del procedimento avviato con la presente dichiarazione ai sensi e per gli effetti della Legge n. 675/96.

Data:

Firma _____
(firma per esteso e leggibile)