

COMUNICAZIONE ASSUNZIONE COLLABORATORE FARMACISTA

AL RESPONSABILE S.S.
FARMACEUTICA TERRITORIALE
ASL BI
VIA DEI PONDERANESI, 2
19875 PONDERANO

Il sottoscritto Dr. _____, titolare della farmacia _____
sita in Via _____, comunica di aver assunto a far
data dal ___ / ___ / _____ il/la Dr. _____
nat_ a _____ il ___ / ___ / _____, residente a _____, in
Via _____, regolarmente iscritt_ all' Albo dei Farmacisti della
provincia di _____ dal ___ / ___ / _____, al N° _____, in
qualità di Collaboratore a:

tempo pieno

part-time con il seguente orario: _____

A tal fine allega Dichiarazione sostitutiva di certificazione del Farmacista Collaboratore.

Data: ___ / ___ / _____

Firma

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

Il/la sottoscritt_____ nat_____ 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 laureat_ 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)