



COMUNICAZIONE FARMACISTI IN ATTIVITÀ PRESSO LE FARMACIE

(art.12 DPR 1275/71 e smi e art.12 L.475/68 e smi)

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e Atto di notorietà (art. 46 e 47 DPR 445/2000)

Alla UOC Farmaceutica Territoriale ambito:

PEC: direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

☐ MASSA

☐ VERSILIA

☐ LUCCA

☐ PISA

☐ LIVORNO

Il/la sottoscritto/a in qualità di ☐ LEGALE RAPPRESENTANTE / ☐ TITOLARE UNICO

della FARMACIA denominata

C.F./P.IVA Cod.reg.

Sita in via/p.zza n.

comunica che il/la Dr./Dr.ssa

Cognome/Nome C.F.

PEC residente a

in via/p.zza n.

iscritto ad oggi all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di n. iscriz.

si trova nella seguente condizione:

	DATA INIZIO (gg/mm/anno)	DATA FINE (gg/mm/anno)
☐ DIRETTORE		
☐ FARMACISTA COLLABORATORE A TEMPO PIENO (da 21 a 40 ore/sett.) DETERMINATO*		
☐ FARMACISTA COLLABORATORE A TEMPO PIENO (da 21 a 40 ore/sett.) INDETERMINATO		
☐ FARMACISTA COLLABORATORE A TEMPO PARZIALE (da 1 a 20 ore/sett.) DETERMINATO*		
☐ FARMACISTA COLLABORATORE A TEMPO PARZIALE (da 21 a 40 ore/sett.) INDETERMINATO		
☐ PRATICA PROFESSIONALE -compilare solo nel caso di farmacista <u>non collaboratore</u> che svolge pratica professionale ai fini del conseguimento dell'idoneità per la titolarità (art.12 L. 475/68 e s.m.i.)**		

(*per tempo determinato: barrare sia data di inizio che data di cessazione)/(**data inizio e data fine non possono essere comunicate contestualmente).

NOTE:

- In caso di assunzione di farmacista collaboratore il legale rappresentante/titolare dichiara che la comunicazione è valida anche ai fini della pratica professionale per il con - seguimento dell'idoneità alla titolarità (art.12 L. 475/68 e s.m.i.);
- Il legale rappresentante/titolare deve comunicare con tempestività la data di cessazione. La mancata ottemperanza si configura come illecito amministrativo sanzionato ai sensi dell'art.358 del TULS e smi.
- I dati forniti verranno trattati nel rispetto del Regolamento Aziendale in vigore alla luce del Regolamento U.E. (2016/679) pienamente applicabile in tutti gli Stati dell'Unione Europea dal 25.5.2018, e del decreto legislativo che modificherà il Codice Privacy di cui al D.Lgs n. 196/2013 nelle parti incompatibili con la disciplina comuni - taria.

Luogo e Data

Il Farmacista

Il Legale rappresentante/Titolare

_____ (firma per esteso)

_____ (firma per esteso)

Allegati: Copia documento di identità di entrambi i firmatari. Nel caso si ricorra all'utilizzo della firma digitale non è richiesto l'invio della copia del documento di identità.