

(protocollo generale ASL)

## COMUNICAZIONE ATTIVITA' FARMACISTI

FARMACIA
RAGIONE SOCIALE
CODICE REGIONALE
INDIRIZZO
LOCALITA' E C OMUNE
TITOLARE

Data .....

.Alla ASL 2 Savonese  
S.C. FARMACEUTICA TERRITORIALE  
[farmaceutica@pec.asl2.liguria.it](mailto:farmaceutica@pec.asl2.liguria.it)

All'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Savona  
[ordinefarmacistiv@pec.fofi.it](mailto:ordinefarmacistiv@pec.fofi.it)

Si comunica che il Dott. Cognome:	Nome:
Codice Fiscale:	
Nato a :	Il:
Indirizzo residenza:	Città:
Iscritto all'Ordine di:	N° iscrizione Ordine:

Si trova, nella seguente condizione (BARRARE LA CONDIZIONE e SPECIFICARE DATE) (art 12 DPR 1275/71)

CONDIZIONE

DATA INIZIO (gg/mm/anno)

DATA FINE (gg/mm/anno)

1 SOCIO DIRETTORE FARMACIA URBANA
2 SOCIO DIRETTORE FARMACIA RURALE
3 SOCIO FARMACIA URBANA
4 SOCIO FARMACIA RURALE
5 DIRETTORE FARMACIA URBANA
6 DIRETTORE FARMACIA RURALE
7 DIRETTORE FARMACIA COMUNALE
8 DIRETTORE AZIENDA SPECIALE
9 COLLABORATORE FARMACIA COMUNALE
10 COLLABORATORE AZIENDA SPECIALE
11 COLLABORATORE URBANA
12 COLLABORATORE RURALE
13 PRATICA PROFESSIONALE non retribuita ai fini della titolarità

1-2 = Gestione societaria farmacie private; 7 - 8 -9 - 10 = Enti di diritto pubblico

PER LE CONDIZIONI DI CUI AI PUNTI 3, 4, 9, 10, 11, 12 INDICARE SE

a tempo pieno

a tempo parziale per n. ore \_\_\_\_\_

FIRMA DEL FARMACISTA

TIMBRO FARMACIA E FIRMA TITOLARE/DIRETTORE

La modalità di "comunicazione" non è valida per la sostituzione formale temporanea delle direzione della farmacia per la quale è necessaria l'autorizzazione rilasciata dalla ASL a seguito di richiesta motivata del titolare da inviare entro tre giorni.

Ai fini del riconoscimento della decorrenza del servizio fa fede data del protocollo generale ASL.

La suddetta comunicazione è valida ai fini della pratica professionale per il conseguimento della titolarità di cui all'art. N. 6 e 7 della legge 22 Dicembre 1984 n. 892

AUTOCERTIFICAZIONE

Il/la sottoscritto/a Dr/D.ssa \_\_\_\_\_,

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, 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. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.

DICHIARA

~ di possedere la Laurea in \_\_\_\_\_  
~ conseguita presso l'Università di \_\_\_\_\_  
~ in data \_\_\_\_\_  
~ di aver sostenuto l'esame di stato nell'anno \_\_\_\_\_  
~ sessione \_\_\_\_\_  
~ Università di \_\_\_\_\_  
~ di essere iscritto/a all'Albo dei Farmacisti di \_\_\_\_\_  
~ al numero \_\_\_\_\_

Data

Firma del Farmacista Collaboratore

Allegata fotocopia documento d'identità in corso di validità.