

Direttore UOC
Assistenza Farmaceutica Territoriale e Vigilanza
AUSL DI BOLOGNA

Via Sant'Isaia n. 94
40123 BOLOGNA
farmaceutica.territoriale@pec.ausl.bologna.it

Oggetto: COMUNICAZIONE INIZIO/FINE RAPPORTO DI LAVORO COLLABORATORE FARMACISTA

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa

Titolare/Direttore della Farmacia

sede Farmaceutica n°

del Comune

sita in via

località

COMUNICA

Che il rapporto di lavoro con **il/la Dott./Dott.ssa** _____

nato/a il _____ a _____ (.....)

C.F.: _____

Iscritto/a all'Albo dei Farmacisti di _____ al n° _____

ha:

Inizio con contratto di lavoro con impegno orario di n° _____ ore settimanali,

a partire dalla **data:** _____.

(Si allega alla presente l'autocertificazione di iscrizione all'Ordine)

Fine a partire dalla **data:** _____.

Data _____

Timbro e Firma del Titolare/Direttore della farmacia

**NB Il modulo compilato dovrà pervenire per posta certificata all'indirizzo:
farmaceutica.territoriale@pec.ausl.bologna.it**

Tenere una copia della comunicazione con ricevuta d'invio in farmacia per i controlli ispettivi.

La presente comunicazione è necessaria e obbligatoria ai fini della produzione di certificazioni riferibili all'art. 12 L 475/68 - all'art.5,12 comma 5 DPR 1275/71 – art. 11 LR 2/2016, per cui è necessario l'invio tempestivo alla scrivente e comunque non oltre l'entrata in servizio o la cessazione del rapporto di lavoro.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art.46 D.P.R. 28.12.2000 n.445- art. 15 L. 12.11.2011 n. 183)

(da redigersi in carta libera)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

C.F.: _____

Residente in _____ C.A.P. _____

Via _____

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000),

DICHIARA

di essere iscritto/a all'Albo Professionale dei Farmacisti della Provincia di _____

dalla data _____ al N. _____ d'Ordine d'iscrizione.

.....

(luogo e data)

.....

(firma)