

All'U.O. Assistenza Farmaceutica Territoriale Aziendale

Sede di Ambito _____

Via _____, n. _____

cap _____, _____

azienda@pec.auslromagna.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 di _____ (Prov. _____)

Sita in via/Piazza _____, n° _____, cap _____

COMUNICA

che il rapporto di lavoro con il/la Dott/Dott.ssa _____

nato/a il ___/___/___ a _____

Codice Fiscale _____

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

ha:

- Inizio con il contratto di lavoro con impegno orario di n° _____ ore settimanali
a partire dalla data _____ *(si allega autocertificazione di iscrizione
all'Ordine Professionale con documento di riconoscimento)*
- Fine a partire dalla data _____ (indicare l'ultimo giorno lavorativo)

Data,

Timbro e Firma del Titolare/Direttore della Farmacia

*N.B.: tenere in farmacia copia della comunicazione,
con la ricevuta d'invio per i controlli ispettivi*

La presente comunicazione è necessaria e obbligatoria ai fini della produzione di certificazioni ex art 12 L 475/68 – artt 5,12.5 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 DPR 28/12/2000 n445 - . ART 15 L 12.11.2011 n. 183)

Il/La Sottoscritto/a _____

nato/a il ___/___/___ a _____

Codice Fiscale _____

Residenza Comune di _____ Cap _____ (Prov _____)

Via/Piazza _____ n° _____

Consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art 76 del DPR 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 DPR 445/2000),

DICHIARA

di essere iscritto/a all'Albo professionale dei farmacisti della Provincia di _____

dalla data _____ al _____ con numero di Iscrizione all'Ordine _____ .

_____, ___/___/___

FIRMA