

Modulo per la comunicazione da presentare alle USL per presa servizio o per il cessato servizio dei farmacisti collaboratori e pratica professionale ai fini dell'idoneità ex art. 12 della L. 475/1968 e s.m.i.

Spett. USL UMBRIA 2

Dipartimento Assistenza Farmaceutica e
Patologia Clinica

PEC: aslumbria2@postacert.umbria.it

Oggetto: comunicazione personale laureato ai sensi dell'art. 12 DPR 1275/1971 e s.m.i.

Il/la sottoscritto/a _____,
titolare/legale rappresentante della società _____,
titolare della sede farmaceutica codice Regionale n. _____
denominato/a _____,
e sito/a in _____,

comunica

che **in data** ____ / ____ / ____ il/la Dott./Dott.ssa _____
nato/a a _____ il ____ / ____ / _____,
laureato/a in _____,
iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di _____ al n. _____,

- ☐ **È stato/a assunto/a** presso questa farmacia con la qualifica di _____,
con contratto a tempo indeterminato per _____ ore settimanali;
- ☐ **È stato/a assunto/a** presso questa farmacia con la qualifica di _____,
con contratto a tempo determinato da _____ a _____ per _____ ore settimanali;
- ☐ il contratto a tempo determinato **è stato prorogato** al _____ per _____ ore settimanali;
- ☐ ha variato **l'orario lavorativo** a _____ ore settimanali;
- ☐ **ha iniziato a lavorare** presso questa farmacia, con la qualifica di **libero professionista** con contratto a **P. IVA** per _____ ore settimanali;
- ☐ **Ha iniziato la pratica professionale volontaria non retribuita** presso questa farmacia;
- ☐ **Ha cessato servizio /Pratica professionale** presso questa farmacia;

Si allega alla presente comunicazione autocertificazione iscrizione Ordine dei Farmacisti del/della
Dott./Dott.ssa _____

Distinti saluti

DATA

Timbro e Firma