|  |
| --- |
| **MODULO DI INIZIO / CESSAZIONE / VARIAZIONE ORARIO DI FARMACISTA COLLABORATORE o FARMACISTA RESPONSABILE DI PARAFARMACIA** |

Al Direttore

U.O.C. Servizio Farmaceutico

ATS Insubria

PEC protocollo@pec.ats-insubria.it

(COMPILAZIONE A CARICO DEL LEGALE RAPPRESENTANTE)

Il sottoscritto Dott./Dott.ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Legale Rappresentante di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per l’esercizio commerciale sito in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COMUNICA**

Che il Dott./Dott.ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| * Ha **INIZIATO** a svolgere attività di **FARMACISTA RESPONSABILE/COLLABORATORE** presso l’esercizio commerciale dal giorno (gg/mm/aa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* A tempo pieno
* A tempo parziale (**specificare ore/settimana**): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ settimana
* Ha **CESSATO** di svolgere la propria attività da Collaboratore presso questa Farmacia dal giorno (gg/mm/aa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Ha **VARIATO** l’orario di lavoro dal giorno (gg/mm/aa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Orario precedente (specificare ore/settimana): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/settimana
* Orario attuale (specificare ore/settimana):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/settimana
* In caso di prestazione di lavoro occasionale (es. ***libera professione***) specificare periodo lavorativo e totale ore/giorni di lavoro nel periodo:

dal giorno (gg/mm/aa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al giorno (gg/mm/aa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_per tot giorni: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e/o per Tot. Ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il Legale Rappresentante

**ALLEGATO: DOCUMENTO DI IDENTITA’ DEL DICHIARANTE**

**Allegato dichiarazione del Farmacista Collaboratore/Responsabile**

(COMPILAZIONE A CARICO DEL FARMACISTA COLLABORATORE CHE ALLEGA COPIA, FRONTE E RETRO, DI UN VALIDO DOCUMENTO D’IDENTITA’)

Il farmacista collaboratore, CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ai sensi dell’art. 46 del DPR 445/2000,

**DICHIARA**

* Di essere nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Di essere residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* Di essere laureato in Farmacia c/o Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* Di essere iscritto all’Ordine dei Farmacisti di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLEGATO: DOCUMENTO DI IDENTITA’ DEL DICHIARANTE**