|  |  |
| --- | --- |
|  | Spett.leAgenzia Tutela della Salute Città Metropolitana di MilanoUOC Vigilanza FarmaceuticaUOS Vigilanza Ispettiva Farmaceutica (specificare articolazione territoriale)4Se trasmissione a mezzo PEC:**protocollogenerale@pec.ats-milano.it** |
| **OGGETTO: Comunicazione di inizio attività farmacista.** (D.P.R. 21.08.1971 n.1275 art. 12; Circ. Reg. n.14 07.02.1985 e n.9 06.04.1987) |

Class. 02.09.03

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ titolare/legale rappresentante/gestore provvisorio della farmacia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sede\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ubicata in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**COMUNICA**

che dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il/la Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presterà la propria attività presso questa farmacia in qualità di:

* Collaboratore con contratto a tempo indeterminato
* Collaboratore con contratto a tempo determinato dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Libero professionista: in tal caso è necessaria la rendicontazione delle ore di attività svolte dal collaboratore da comunicare a mezzo PEC il mese successivo a quello di svolgimento.
* Pratica professionale biennale per idoneità alla titolarità (art. 6 L. 892/84)
* Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con il seguente impegno temporale:

* tempo pieno per un totale di \_\_\_\_\_\_\_\_ ore settimanali
* tempo parziale per un totale di \_\_\_\_\_\_\_\_ ore settimanali

così suddivise:

|  |  |
| --- | --- |
| Lunedì | Venerdì |
| Martedì | Sabato  |
| Mercoledì | Domenica |
| Giovedì |  |

Si allega dichiarazione sostitutiva di certificazione del collaboratore.

Lo scrivente titolare/legale rappresentante/gestore provvisorio si riserva di segnalare tempestivamente ogni futuro cambiamento d’orario.

Distinti saluti.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (Luogo e data) |  | (Firma del Farmacista Titolare/legale rappresentante) |
|  |  |  |
|  |  | (Firma del Farmacista Collaboratore) |

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI**

**ART. 46 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N. 445**

**DA PRODURRE AGLI ORGANI DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O AI GESTORI DI PUBBLICI SERVIZI**

Il/La sottoscritto/a …………………………………………………………………………………………………….

consapevole delle sanzioni previste agli artt. 75 – 76 del D.P.R. n. 445/2000, in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,

**DICHIARA**

* di essere nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
* di essere residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_,
* indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di essere laureato in Farmacia c/o Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di essere iscritto all’Ordine dei Farmacisti di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di non essere titolare/socio o gestore provvisorio di altra farmacia
* di essere a conoscenza della Circ. R.L. n. 9 del 6.4.1987 che i periodi di servizio inferiori alle 15 ore settimanali non potranno venir presi in considerazione ai fini del rilascio di un certificato.

Si allega copia di documento di riconoscimento in corso di validità.

Informativa - Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. n.101/2018 e s.m.i., i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa si acconsente al trattamento degli stessi da parte di ATS Milano.

Il titolare del trattamento è l’Agenzia Tutela Salute della Città Metropolitana di Milano, nei confronti della quale potranno essere esercitati in ogni momento i diritti di cui al citato D. Lgs. n.101/2018 e s.m.i..

Data e luogo

…………………………………

Il/La Dichiarante

………………………………………………………….