Class. 02.09.03

|  |  |
| --- | --- |
|  | Spett.le  Agenzia Tutela della Salute  Città Metropolitana di Milano  UOC Vigilanza Farmaceutica  UOS Vigilanza Ispettiva Farmaceutica (specificare articolazione territoriale)  Se trasmissione a mezzo PEC:  **protocollogenerale@pec.ats-milano.it** |
| **OGGETTO: Richiesta certificato di servizio (art. 5 D.P.R. n. 1275/1971)** | | |

Io sottoscritto/a ................................................................................................ CF …………………..….………, nato/a a ……………………………………………………………….………………… il ……………………………. residente a …………….…………………… in via/piazza ………………………………………..……..… n. ……. cell. ………………………………………………… E-mail……………………………………….,

Laureato/a all’Università di ……………………………………………………. il …………………………………… e iscritto/a all’Albo dell’Ordine dei Farmacisti della Provincia di ………………..…………………………… al n. ………….………… dal ………..……………………….,

**CHIEDE**

il rilascio di n. ........ certificato/i in carta (barrare la voce di interesse)

**O libera**

**O** **legale**

**O legale esente imposta di bollo**: indicare motivo di esenzione previsto dal D.P.R. n. 642 del 26 ottobre 1972 e successive modifiche e integrazioni o da leggi speciali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In caso di richiesta in carta legale **non esente**, occorre appore una marca da bollo sulla presente istanza e inviare una marca da bollo che verrà apposta sul certificato rilasciato. In caso di trasmissione telematica, occorre produrre ricevuta di pagamento dell’imposta di bollo su modello F23.

Il sottoscritto dichiara di aver prestato servizio presso le seguenti farmacie ubicate sul territorio di competenza di ATS della Città Metropolitana di Milano:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME FARMACIA** | **COMUNE DELLA FARMACIA** | **PERIODO LAVORATO** | **RUOLO**  **(es: Direttore,**  **collaboratore...)** | **N. ORE SETTIMANALI** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Dichiaro di essere a conoscenza che il certificato rilasciato, a pena di nullità ai sensi della L. n.183/2011 (art.15) e s.m.i., non può essere prodotto agli Organi della Pubblica Amministrazione o ai privati gestori di pubblici servizi (ad esempio E.N.P.A.F).

**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, pertanto si acconsente al trattamento degli stessi da parte di ATS della Città Metropolitana di Milano.**

**Il titolare del trattamento è l’ATS 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..**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (Luogo e data) |  | (Firma del richiedente) |