

SPETT. SERVIZIO FARMACEUTICO
AZIENDA SANITARIA MATERA
VIA MONTESCAGLIOSO
75100 – MATERA

p.c. SPETT. ORDINE DEI FARMACISTI
PROVINCIA DI MATERA
VIA OLIVETTI, 151
75100 – MATERA

Oggetto: Inizio pratica professionale

Il/la sottoscritto/a dr./dr.ssa _____, titolare/direttore
della Farmacia _____ sita in _____

COMUNICA

a Codesta spett.le ASL che il/la dr./dr.ssa _____
- nato/a a _____ il _____
- residente in _____ alla via _____,
iscritto/a all'Albo dei farmacisti della Provincia di Matera dal _____ al n. _____
eserciterà dal giorno _____ la prescritta pratica professionale ai sensi dell'art. 6 della
Legge n. 892/1984 senza alcun vincolo di subordinazione o coordinazione nei seguenti
orari _____

Luogo e data _____

Firma del Titolare di farmacia

Firma del Tirocinante

Allegato: autocertificazione di iscrizione all'Albo

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 DPR 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

CODICE FISCALE _____,

residente a _____ in via _____,

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

di essere iscritto/a all'ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI MATERA dal

_____ al numero _____.

Luogo e data

Firma del dichiarante

_____, ___/___/____

* Si allega fotocopia di documento di riconoscimento (Carta di identità o Patente)

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

Informativa ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996:

i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.