

PARAFARMACIA _____

Al Servizio Farmaceutico A.S.M.
Via Montescaglioso, s.n.
75100 – MATERA

p.c. Ordine dei farmacisti della
Provincia di Matera

Il/la sottoscritto/a _____, titolare dell' esercizio commerciale di
cui all'articolo 5 della legge n. 248/2006 denominato _____
sita in _____ prov. (____), via _____ n. _____

COMUNICA

di avere assunto in data ___/___/___ il/la dott./dott.ssa _____,
nato/a a _____ prov. (____) il _____ a
orario* _____,
con modalità** _____

e con la qualifica di farmacista.

All'uopo allega alla presente Autocertificazione di iscrizione dell'interessato/a.

Distinti saluti

_____, ___/___/___

In fede
(firma e timbro parafarmacia)

* indicare se full-time o part-time "dalle ore... alle ore..."

** indicare se a tempo "indeterminato" o "determinato con scadenza il..."

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.