Modalità di consegna:
PEC: aas2.protgen@certsanita.fvg.it;
***A mano PRESSO L'UFFICIO PROTOCOLLO AAS2*:**
Gorizia – Parco Basaglia - Palazzina C;
RACCOMANDATA AR

Spett.le AAS2 "Bassa Friulana-Isontina"
SC Farmacia Unica Aziendale
SS Area Farmaceutica Territoriale
Via Vittorio Veneto 173
34170 GORIZIA

Il /La sottoscritt__ dott./dott.ssa_____titolare/direttore della farmacia _____COD . REG._____

sita in_____Prov._____

COMUNICA

che il/la dott./dott.ssa_____

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

☐ è stato/a assunto/a in data _____ con la qualifica di COLLABORATORE per n._____ore settimanali

☐ è stato/a assunto/a in data _____ con la qualifica di DIRETTORE per n._____ore settimanali

☐ ha cessato il rapporto in data (indicare l'ultimo giorno di servizio) _____

Luogo e data _____ _____
(firma e timbro farmacia)

<u>IN CASO DI ASSUNZIONE</u> (da compilare da parte del <u>FARMACISTA DIRETTORE/COLLABORATORE</u>)

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____nat_ a_____il _____ residente in _____ via_____consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti richiamate dall'art. D.P.R. n. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

□ di possedere il seguente titolo di studio _____
conseguito presso_____ in data_____

□ di essere iscritto/a all'ordine dei farmacisti di_____al numero_____

Autorizza il trattamento dei dati personali esclusivamente per scopi connessi all'attività d'ufficio, ai sensi del Codice della Privacy, approvato con D.Lgs. 196/2003.

Luogo e data _____ _____
(firma farmacista collaboratore)

Si allega fotocopia del documento d'identità in corso di validità

NOTA IMPORTANTE: la mancata ottemperanza agli obblighi di segnalazione previsti dall'art 32 del Regio decreto 30 settembre 1938, n. 1706, e successive modifiche, costituisce illecito amministrativo sanzionato ai sensi dell'art. 358 del REGIO DECRETO 27 luglio 1934, n. 1265 (TULS) e successive modifiche (sanzione da euro 1549,37 a euro 9.296,22)