

Spett.le  
AAS n.2 "Bassa Friulana – Isontina"  
SC Farmacia Unica Aziendale  
SS Area Farmaceutica Territoriale  
via Vittorio Veneto, 173  
34170 - Gorizia

Oggetto: Richiesta attestazione stato di servizio

Io sottoscritto/a....., C.F. ....  
nato/a ..... il ..... residente a .....  
in via ..... n. ...., telefono .....  
mail /PEC ....., laureato/a all'Università di.....il.....  
e iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di ..... al n. ....

CHIEDE

il rilascio di un certificato attestante il servizio prestato in qualità di farmacista presso le farmacie della AAS n.2 "Bassa Friulana-Isontina", da utilizzare esclusivamente nei rapporti tra privati ai sensi dell'art. 15 Legge n. 183/2011. Dichiara di aver esercitato presso le seguenti farmacie in qualità di:

COLLABORATORE

FARMACIA \_\_\_\_\_  
Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 Tempo Pieno  
 Tempo Parziale N° Ore \_\_\_\_\_

FARMACIA \_\_\_\_\_  
Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 Tempo Pieno  
 Tempo Parziale N° Ore \_\_\_\_\_

FARMACIA \_\_\_\_\_  
Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 Tempo Pieno  
 Tempo Parziale N° Ore \_\_\_\_\_

FARMACIA \_\_\_\_\_  
Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 Tempo Pieno  
 Tempo Parziale N° Ore \_\_\_\_\_

DIRETTORE

FARMACIA \_\_\_\_\_  
Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

FARMACIA \_\_\_\_\_  
Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

FARMACIA \_\_\_\_\_  
Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

FARMACIA \_\_\_\_\_  
Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

.....  
(luogo) (data)

Il Richiedente .....  
(firma)

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del DL n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma .....

Dichiaro di essere consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n.445/2000.

Firma .....

**Allegato: 1 marca da bollo (tariffa vigente) per il rilascio del certificato.**