

Spett. le  
ATS di Brescia  
Servizio Farmaceutico  
[protocollo@pec.ats-brescia.it](mailto:protocollo@pec.ats-brescia.it)

**Comunicazione di INIZIO ATTIVITA' Farmacista in PARAFARMACIA/CORNER FARMACEUTICO**

(DM Salute 09 marzo 2012)

Il/La sottoscritto/a

Cognome	Nome

Legale Rappresentante della PARAFARMACIA/CORNER FARMACEUTICO :

Denominazione			
Codice Univoco	Comune		
Via/Piazza			

**Comunica**

Che il/la Dott./Dott.ssa:

Cognome	Nome

Codice Fiscale																			
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Presterà la propria attività presso la suddetta parafarmacia/corner farmaceutico:

<input type="checkbox"/> per collaborazione a TEMPO INDETERMINATO	<b>DAL</b>			
		gg	mm	aaaa
<input type="checkbox"/> per collaborazione a TEMPO DETERMINATO	<b>DAL</b>			
	<b>AL</b>			
		gg	mm	aaaa

Con il seguente impegno orario:

a tempo pieno

a tempo parziale per un totale di nr.  ore settimanali

<input type="checkbox"/> per collaborazione in LIBERA PROFESSIONE	<b>DAL</b>			
		gg	mm	aaaa

*(Per il libero professionista il numero delle ore settimanali effettivamente svolte nel mese verrà rendicontato entro la prima settimana del mese successivo, utilizzando il **modulo ore libero professionista in parafarmacia**)*

Il farmacista collaboratore dichiara ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000 di essere:

Nato/a a		In data:
Residente a		Provincia:
Via/Piazza		Nr.
Codice Fiscale		

In possesso di Laurea in:

Laurea	Università	Data conseguimento

Di essere Iscritto all'Ordine dei Farmacisti di

Provincia	Data iscrizione	nr. Iscrizione

Lo scrivente legale rappresentante dichiara che il Farmacista Dott./Dott.ssa:

Cognome	Nome

- è individuato come Responsabile del reparto di vendita farmaci OTC e SOP  
 non è individuato come Responsabile del reparto di vendita farmaci OTC e SOP

Lo scrivente Legale Rappresentante si impegna a segnalare tempestivamente ogni futuro cambiamento.

\_\_\_\_\_ luogo \_\_\_\_\_ data

IL FARMACISTA COLLABORATORE \_\_\_\_\_ (firma)

IL LEGALE RAPPRESENTANTE \_\_\_\_\_ (firma e timbro)

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dagli interessati e inviata all'ufficio competente tramite PEC, unitamente a **copia non autentica di documento d'identità del collaboratore dichiarante e del legale rappresentante.**

Informativa ai sensi del decreto legislativo 196/2003 e ss.mm.ii.:

- i dati forniti verranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla procedura per cui sono raccolti;
- il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;
- il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura;
- titolare del trattamento è l'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia;
- responsabile del trattamento è il dirigente Responsabile della struttura destinataria della presente dichiarazione;
- in ogni momento potranno essere esercitati nei confronti del titolare del trattamento i diritti di cui al d.lgs.196/2003 e ss.mm.ii