

MARCA DA BOLLO
tariffa vigente

Spett.le
ATS Brescia
Servizio Farmaceutico
Viale Duca degli Abruzzi, 15
25124 Brescia
protocollo@pec.ats-brescia.it

Oggetto: Richiesta certificato di servizio (art. 5 D.P.R. n. 1275/1971)

Io sottoscritto/a CF
nato/a a il residente a
in Via n. Telefono
p.e.c., iscritto all'Ordine
dei Farmacisti della Provincia di al n.

ch i e d e

il rilascio di n. certificati in carta libera/legale attestante il servizio prestato in qualità di
farmacista presso le farmacie dell'ATS Brescia, da utilizzare esclusivamente nei rapporti tra
privati ai sensi dell'art. 15 L. 183/2011.

.....

(luogo)

(data)

Il Richiedente

(firma)

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.L.vo nr. 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 D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000.

Firma