

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

**Comunicazione ATTIVITA' Farmacista in farmacia aperta al pubblico**  
(R.D. n.1265/1934-art. 32 e ss.mm.; L. 892/1984-art. 6)

Il/La sottoscritto/a

<i>Cognome</i>	<i>Nome</i>

titolare/direttore della farmacia:

Denominazione			
Codice regionale	Comune		
Via		n.	

**Comunica**

che il/la Dott./Dott.ssa:

<i>Cognome</i>	<i>Nome</i>

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

**1- presterà la propria attività presso la suddetta farmacia**

· per collaborazione a TEMPO INDETERMINATO	<b>Dal</b>			
		gg	mm	aaaa

· per collaborazione a TEMPO DETERMINATO	<b>Dal</b>				<b>Al</b>			
		gg	mm	aaaa		gg	mm	aaaa

con il seguente impegno orario:

- a tempo pieno
- a tempo parziale per un totale di nr  ore settimanali

**2- varierà l'orario di lavoro dal giorno .....**

orario precedente (specificare ore/settimana): \_\_\_\_\_ / settimana

orario attuale (specificare ore/settimana): \_\_\_\_\_ / settimana

### 3- presterà la propria attività presso la suddetta farmacia

• per collaborazione in LIBERA PROFESSIONE	Dal			
		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)**

-----

Lo scrivente titolare/direttore si impegna a segnalare tempestivamente ogni futuro cambiamento d'orario.

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

Nato/a a			il	
Residente a				Provincia:
Via/Piazza				Nr.
Iscritto all'Ordine dei Farmacisti di				
	Provincia	Data iscrizione	nr. Iscrizione	

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

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

IL TITOLARE/DIRETTORE \_\_\_\_\_  
(firma)

TIMBRO DELLA FARMACIA \_\_\_\_\_

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 p.e.c., unitamente a **copia non autentica di valido documento d'identità del collaboratore dichiarante**

**CONSERVARE IN FARMACIA UNA COPIA DELLA COMUNICAZIONE CON RICEVUTA DI AVVENUTA CONSEGNA ALLA PEC DEL SERVIZIO FARMACEUTICO DELL'ATS DA ESIBIRE IN CASO DI CONTROLLI ISPETTIVI**

La presente comunicazione è necessaria e obbligatoria ai fini della produzione di certificazioni riferibili all'art. 12 L. n. 475/68, agli artt. 5, 12 DPR n. 1275/71 - all'art. 80 c. 2 lett. o) LR 33/2009 e ss.mm.ii., per cui è necessario **l'invio tempestivo al Servizio Farmaceutico dell'ATS e comunque non oltre l'entrata in servizio.**