

Spett.le
ATS di Brescia
Servizio Farmaceutico
protocollo@pec.ats-brescia.it

Comunicazione di FINE 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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

a decorrere dal				interromperà la propria attività presso la suddetta farmacia
	gg	mm	anno	

_____ (luogo e data)

IL FARMACISTA COLLABORATORE _____
(firma)

IL TITOLARE/DIRETTORE _____
(firma)

TIMBRO FARMACIA _____

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 il termine del servizio.**