

 A.S.L. TO5 Azienda Sanitaria Locale di Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino	STRUTTURA COMPLESSA FARMACEUTICA TERRITORIALE TEL. 011 6484823 – 824 email: sft@aslto5.piemonte.it	ASSUNZIONE FARMACISTA COLLABORATORE (FT.MO.0924).doc
		pag 1/3

Alla c.a. DIRETTORE
S.C. FARMACEUTICA TERRITORIALE ASL TO5
VIA VITTIME DI BOLOGNA, 20
10024 MONCALIERI (TO)

OGGETTO: ASSUNZIONE/VARIAZIONE FARMACISTA COLLABORATORE.

Il/La sottoscritt _____ Dott/ Dott.ssa _____
 Titolare /Rappresentante Legale della Farmacia _____
 sita in _____ Via _____ n. _____

COMUNICA

ai sensi dell'art. 12 del D.P.R. n. 1275 del 21/08/1971

1. di assumere il Dott/la Dott.ssa _____
 regolarmente iscritto/a all'Albo dei Farmacisti della Provincia di _____
 al n. _____ dal _____

2. di variare il contratto del/della Dott/Dott.ssa _____

dal giorno _____ al giorno _____ in qualità di Collaboratore.

a) con CONTRATTO DI LAVORO C.C.N.L. a tempo INDETERMINATO
 a tempo DETERMINATO

b) in regime di LIBERA PROFESSIONE

E con il seguente orario di servizio:

a TEMPO PIENO
 a TEMPO PARZIALE per n. ore _____ settimanali

Autorizzazione: Dott.ssa Carmela Maria CANDIDO Direttore S.C. Farmaceutica Territoriale Settembre 2024	Emissione: Dr.ssa Carmen ROSATO Funzionario S.C. Farmaceutica Territoriale Settembre 2024
---	--

QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE TO5 E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.

 A.S.L. TO5 Azienda Sanitaria Locale di Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino	STRUTTURA COMPLESSA FARMACEUTICA TERRITORIALE TEL. 011 6484823 – 824 email: sft@aslto5.piemonte.it	ASSUNZIONE FARMACISTA COLLABORATORE (FT.MO.0924).doc
		pag 2/3

suddivise secondo il seguente schema :

lunedì mattina dalle ore _____ alle ore _____ lunedì pomeriggio dalle ore _____ alle ore _____
 martedì mattina dalle ore _____ alle ore _____ martedì pomeriggio dalle ore _____ alle ore _____
 mercoledì mattina dalle ore _____ alle ore _____ mercoledì pomeriggio dalle ore _____ alle ore _____
 giovedì mattina dalle ore _____ alle ore _____ giovedì pomeriggio dalle ore _____ alle ore _____
 venerdì mattina dalle ore _____ alle ore _____ venerdì pomeriggio dalle ore _____ alle ore _____
 sabato mattina dalle ore _____ alle ore _____ sabato pomeriggio dalle ore _____ alle ore _____

Si allega “Autocertificazione collaboratore”

Data _____

_____ (firma del Titolare/Rappresentante Legale)

Il/La sottoscritt _____ Dott/Dott.ssa _____

Dichiara di accettare l’incarico di collaboratore presso la Farmacia _____

Data _____

_____ (firma dell’accettante)

N.B. Il modulo compilato dovrà pervenire all’indirizzo email sft@aslto5.piemonte.it

Tenere una copia della comunicazione con ricevuta d’invio in Farmacia per eventuali controlli ispettivi

La presente comunicazione è necessaria e obbligatoria ai fini della produzione di certificazioni riferibili all’ art. 12 L 475/68 - all’ artt.5,12 comma 5 DPR 1275/71 – art. 6 LR892/94, per cui è necessario l’ invio tempestivo alla scrivente e comunque non oltre l’entrata in servizio.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Autorizzazione: Dott.ssa Carmela Maria CANDIDO Direttore S.C. Farmaceutica Territoriale Settembre 2024	Emissione: Dr.ssa Carmen ROSATO Funzionario S.C. Farmaceutica Territoriale Settembre 2024
---	--

QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL’AZIENDA SANITARIA LOCALE TO5 E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.

 A.S.L. TO5 Azienda Sanitaria Locale di Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino	STRUTTURA COMPLESSA FARMACEUTICA TERRITORIALE TEL. 011 6484823 – 824 email: sft@aslto5.piemonte.it	ASSUNZIONE FARMACISTA COLLABORATORE (FT.MO.0924).doc
		pag 3/3

(art. 46 D.P.R. 28.12.2000 n.445 e s.m.i. - art. 15 L. 12.11.2011 n. 183)

Il/La sottoscritto/a:

_____ nato a _____ il _____
 Residente nel Comune di _____ C.A.P. _____
 Via/Corso/Piazza/Fraz. _____ n. _____

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

di essere iscritto all'Albo dei Farmacisti della Provincia di _____
 al n. _____ dal _____

Data _____ Firma _____

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs 82/2005 s.m.i. e norme collegate, il quale sostituisce il cumento cartaceo e la firma autografa

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003 e dell'art. 13 Reg. UE 2016/679 (GDPR) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per la quale dichiarazione viene resa.

Data _____ Firma _____

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs 82/2005 s.m.i. e norme collegate, il quale sostituisce il cumento cartaceo e la firma autografa

Ai sensi dell'art. 38 del DPR n. 445/2000, la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta alla presenza del dipendente addetto a riceverla ovvero la richiesta sia presentata unitamente a copia foto-statica, firmata in originale, di un documento d'identità del sottoscrittore.

Autorizzazione: Dott.ssa Carmela Maria CANDIDO Direttore S.C. Farmaceutica Territoriale Settembre 2024	Emissione: Dr.ssa Carmen ROSATO Funzionario S.C. Farmaceutica Territoriale Settembre 2024
---	--

QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE TO5 E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.