

 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	CESSAZIONE FARMACISTA COLLABORATORE (FT.MO.0924).doc
		pag 1/1

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

OGGETTO: COMUNICAZIONE CESSAZIONE 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

che a far data dal _____ Il/la Dott./Dott.ssa _____

iscritto/a all'Albo dei Farmacisti della Provincia di _____ n. _____

ha cessato la propria attività lavorativa con questa farmacia in qualità di Collaboratore.

(data e luogo)

(firma del Titolare/Rappresentante Legale)

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

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.

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.