

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

	S.C. FARMACEUTICA TERRITORIALE TEL. 011 6484823 pec: protocollo@cert.aslto5.piemonte.it	ASSUNZIONE FARMACISTA COLLABORATORE (FT 0726)
		pag 2/2

e con il seguente orario di servizio:

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

suddivise secondo il seguente schema:

	mattino dalle ore	mattino alle ore	pomeriggio dalle ore	pomeriggio alle ore
lunedì				
martedì				
mercoledì				
giovedì				
venerdì				
sabato				

A tal fine si allega dichiarazione sostitutiva di certificazione del Farmacista Collaboratore.

Data _____ Firma _____

Si allega copia fotostatica, firmata in originale, di un documento d'identità del sottoscrittore.

1	Luglio 2026	aggiornamento	Direttore S.C. Farmaceutica Territoriale Dott.ssa CANDIDO Carmela Maria
0	Settembre 2024	stesura	
Rev	Data	Descrizione	Verifica/Approvazione
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE TO5 E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.			

	S.C. FARMACEUTICA TERRITORIALE TEL. 011 6484823 pec: protocollo@cert.aslto5.piemonte.it	AUTOCERTIFICAZIONE ASSUNZIONE COLLABORATORI (FT.0726)
		pag 1/1

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 D.P.R. n.445 del 28.12.2000 e s.m.i. - art. 15 Legge n. 183 del 12.11.2011)

I/La sottoscritto/a: _____
 nato/a a _____ (_____) il _____
 Residente a _____ (_____) C.A.P. _____
 Via _____ n. _____
 Codice fiscale _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

- 1) di essere laureato in _____
 presso l'Università degli Studi di _____ il _____
- 2) di essere abilitato/a all'esercizio della professione di farmacista nella sessione _____
 dell'anno _____ presso l'Università degli Studi di _____
- 3) di essere iscritto all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di _____
 a far data dal _____ n. _____ e di essere regolarmente iscritto a tutt'oggi.

Distinti saluti

Data _____ Firma _____

Si allega copia fotostatica, firmata in originale, di un documento d'identità del sottoscrittore.

1	Luglio 2026	aggiornamento	Direttore S.C. Farmaceutica Territoriale Dott.ssa CANDIDO Carmela Maria
0	Settembre 2024	stesura	
Rev	Data	Descrizione	Verifica/Approvazione
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE TO5 E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.			