

AL DIRETTORE GENERALE  
dell'A.S.L. \_\_\_\_\_

e p.c.

All'ORDINE DEI FARMACISTI  
delle Province di Novara e VCO  
NOVARA

Il/la sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_ Titolare/Direttore della Farmacia

“ \_\_\_\_\_ ” sita in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_

### DICHIARA

che a far data dal \_\_\_\_\_

ha assunto con la qualifica di “Collaboratore di Farmacia” il/la

Dott. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

a tempo  pieno o  part-time

indeterminato  determinato con scadenza il \_\_\_\_\_

contratto a chiamata

ha cessato la propria attività presso la suddetta Farmacia il/la

Dott. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Si allega (solo per assunzione) :

- Autocertificazione di iscrizione all'Albo del lavoratore.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

esente da bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

### DICHIARA

- di essere nato/a a \_\_\_\_\_ (luogo) \_\_\_\_\_ (prov.) il \_\_\_\_\_ (data)
- di essere residente a \_\_\_\_\_ (prov.) in \_\_\_\_\_
- di essere iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti della Prov. di \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ numero di iscrizione \_\_\_\_\_

dichiara inoltre di:

- essere consapevole delle sanzioni penali, previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000;
- essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la dichiarazione viene resa (art. 13 Dlgs 196/2003)

LUOGO e DATA

FIRMA DEL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *\*(per esteso e leggibile)*

\*La presente dichiarazione non necessita di autenticazione della firma e sostituisce le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione e ai gestori di pubblici servizi.