

All'Azienda Sanitaria Locale (A.S.L.) N.3 Pescara  
c.a. Direttore Servizio Farmaceutico Territoriale  
Via Paolini n. 47 Pescara  
PEC: [protocollo.aslpe@pec.it](mailto:protocollo.aslpe@pec.it)

**Oggetto: Comunicazione relativa agli addetti all'esercizio farmaceutico. (art. 12 D.P.R. 21/8/1971 n.1275 - art. 11, comma 2, L. 362/1991 - artt. 46 e 47 D.P.R. 28/12/2000 n.445)**

Il/La sottoscritt.....Dr/Dr.ssa.....  
Titolare (se persona fisica) / Direttore della sede farmaceutica n. ....ubicata in via..... Comune di  
....., consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla  
legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità (art. 76 D.P.R. 445/2000)

**D I C H I A R A**

che presso la suddetta farmacia il giorno \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ (1) il/la Dr./Dr.ssa .....  
....., iscritt... all'albo Professionale dei Farmacisti della Provincia  
di..... al n. .... in data

- ha preso servizio
- ha cessato il servizio
- ha modificato l'orario del servizio

in qualità di farmacista:

- Collaboratore
- Praticante
- Altro ..... (specificare)

Con contratto:

- a tempo indeterminato
- a tempo determinato fino al ..... (2)

**(se trattasi di inizio servizio specificare anche le modalità):**

- a tempo pieno
- a tempo parziale (part-time) per n. ....ore settimanali (2)
- altra modalità ..... (specificare)

..... li .....

In fede  
Titolare (se persona fisica) /Direttore

(1) INDICARE IL PRIMO O L'ULTIMO GIORNO DI EFFETTIVO SERVIZIO

(2) In caso di inizio rapporto la presente dichiarazione deve essere trasmessa unitamente a: • certificato medico comprovante l'esenzione del coadiutore " da difetti ed imperfezioni che impediscano l'esercizio professionale della farmacia e da malattie contagiose in atto che rendano pericoloso l'esercizio stesso" (art. 12 D.P.R. 21.8.71 n. 1275); • certificato di iscrizione all'Albo professionale del dr./dr.ssa dipendente OVVERO autocertificazione (con allegata fotocopia di un documento di riconoscimento) resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000 attestante data e luogo del conseguimento della laurea, data e luogo dell'abilitazione definitiva all'esercizio della professione, nonché l'iscrizione all'Ordine dei Farmacisti con relativo numero e decorrenza.

**N.B. ALLEGARE DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL TITOLARE - DIRETTORE FARMACIA (trattasi si autocertificazione)**