

Spett.le  
ASL 5 spezzino  
SC Servizio Farmaceutico  
Tel 0187 604736 Fax 0187 604577

**Oggetto: Richiesta Certificato di servizio**

Io sottoscritto/a ..... CF .....  
nato/a a ..... il .....  
residente a ..... in Via ..... N. ....  
Recapito/domicilio presso ..... Via/n. civico .....

**c h i e d e**

a codesta ASL il rilascio di n. .... certificat ..... in carta libera/legale per uso pensionistico/personale attestante il servizio prestato in qualità di farmacista.

Consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000, dichiara di aver esercitato presso le seguenti farmacie in qualità di:

COLLABORATORE	DIRETTORE
Farmacia ..... dal _____ al _____ T.pieno /parziale dal _____ al _____ T.pieno /parziale	Farmacia ..... dal _____ al _____ dal _____ al _____
Farmacia ..... dal _____ al _____ T.pieno /parziale dal _____ al _____ T.pieno /parziale	Farmacia ..... dal _____ al _____ dal _____ al _____
Farmacia ..... dal _____ al _____ T.pieno /parziale dal _____ al _____ T.pieno /parziale	Farmacia ..... dal _____ al _____ dal _____ al _____

.....  
(luogo)

.....  
(data)

il Richiedente .....  
(firma)

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.L.vo nr. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

.....  
(firma)

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la richiesta va inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento d'identità del dichiarante con firma leggibile, all'ufficio competente via pec a: [protocollo.generale@pec.asl5.liguria.it](mailto:protocollo.generale@pec.asl5.liguria.it)