

Al Direttore  
S.C. FARMACEUTICA TERRITORIALE  
ASL N° 5 SPEZZINO

**COMUNICAZIONE DI INIZIO/FINE RAPPORTO PROFESSIONALE PERSONALE  
FARMACISTA IN ESERCIZI COMMERCIALI L.248/2006**

Il/La sottoscritto/a Dr. \_\_\_\_\_

- ☐ Titolare  
☐ Responsabile

Della Esercizio \_\_\_\_\_

sito in \_\_\_\_\_

**COMUNICA** che dal \_\_\_\_\_ il/la Dr. \_\_\_\_\_

☐ **PRESTA la propria attività**

☐ A TEMPO PARZIALE nei giorni \_\_\_\_\_  
dalle ore \_\_\_\_\_  
per un totale di ore \_\_\_\_\_

☐ A TEMPO PIENO nei giorni \_\_\_\_\_  
dalle ore \_\_\_\_\_  
per un totale di ore \_\_\_\_\_

- ☐ per assunzione a tempo indeterminato come collaboratore  
☐ per assunzione a tempo determinato come collaboratore fino al \_\_\_\_\_

☐ **NON PRESTA PIU' la propria attività**

**Il Farmacista Responsabile dell'esercizio commerciale di cui alla L 248/2006 è:**

.....

Data

Il Rappresentante Legale

\_\_\_\_\_ timbro e firma \_\_\_\_\_

**Allegare:**

- certificato di iscrizione all'ordine professionale in data non anteriore a 6 mesi (art. 41 DPR 445/2000) o autocertificazione del farmacista assunto con COPIA CI
- Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, allegare fotocopia documento d'identità valido con data e firma leggibile del titolare/direttore.
- INVIARE VIA PEC A : [protocollo.generale@pec.asl5.liguria.it](mailto:protocollo.generale@pec.asl5.liguria.it)