

FARMACIA

Azienda ASL di Empoli  
U.O. Farmaceutica Territoriale  
Via Provinciale Pisana – Pieve a Ripoli  
50053 Empoli

=====

Comunicazione inizio attività  
(art. 32 R.D. 1706/38, art. 12 D.P.R. 1275/71)

Il sottoscritto Dr.....

Titolare/Legale rappresentante della Farmacia .....

Sita in.....Via/Piazza.....

Cod. Reg.....comunica che a decorrere dal.....

Esercita attività professionale presso la Farmacia di cui è Titolare / Legale Rappresentante

Il/la Dr./Dr.ssa.....

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nato a.....il.....

Residente a..... Via / Piazza.....

Iscritto dal.....all'Ordine prof. della Provincia di.....

Al N° .....

Luogo e data.....

Il collaboratore per presa visione ed autorizzazione al  
Trattamento dei propri dati ai sensi del D.L.vo 196/03

Il Titolare/Legale Rappresentante

.....

.....

Comunicazione inizio pratica professionale  
(art. 6 L. 892/84 )

Il sottoscritto Titolare / Legale Rappresentante comunica l'inizio della pratica professionale a

Decorre dal.....e ne chiede l'annotazione nell'apposito registro.

Luogo e data.....

Il collaboratore per presa visione ed autorizzazione al  
Trattamento dei propri dati ai sensi del D.L.vo 196/03

Il Titolare/Legale Rappresentante

Note da leggere con attenzione:

La prima comunicazione di inizio attività deve essere accompagnata da un certificato medico attestante *l'assenza di difetti ed imperfezioni che impediscano l'esercizio professionale della farmacia e delle malattie contagiose in atto che rendano pericoloso l'esercizio stesso (c.d. sana e robusta costituzione fisica)*; nel caso in cui il collaboratore successivamente cambi farmacia ove presta la propria attività, nell'ambito della stessa ASL, non dovrà produrre un nuovo certificato essendo valido quello già giacente presso la ASL.

Il collaboratore dovrà inoltre produrre un certificato di iscrizione all'Ordine che potrà essere sostituito da una autocertificazione (vedi sotto) accompagnata da una fotocopia di un documento di riconoscimento, anche questa certificazione non dovrà essere nuovamente prodotta in caso di cambiamento di luogo di lavoro nell'ambito della stessa ASL .

La **comunicazione di inizio attività** consente alla ASL di tenere aggiornato il proprio registro dei farmacisti in attività anche ai fini del rilascio de certificazioni di stato di servizio.

La **comunicazione di inizio pratica professionale** consente, invece, la maturazione dei due anni utili al conseguimento della idoneità necessaria, in alternativa al pubblico concorso, per poter essere riconosciuti Titolari di farmacia; la mancata esplicita comunicazione di pratica professionale ha come conseguenza la mancata iscrizione nell'apposito registro, mentre risulta superflua qualora detta idoneità sia già stata conseguita, o per pubblico concorso o per pratica.

Autocertificazione di iscrizione all'Ordine

Il sottoscritto Dr./Dr.ssa.....

Nato a .....il.....

Residente a.....Via /Piazza.....

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000, a titolo di dichiarazione sostitutiva di certificazione dichiara di essere iscritto all'Ordine dei farmacisti della

provincia di.....dal.....al n°.....

Luogo e data.....

FIRMA

.....

Allega fotocopia documento di identità.....