

**COMUNICAZIONE FARMACISTI IN ATTIVITA' PRESSO LE FARMACIE** (art 12 DPR 1275/71 e smi) **(1)**

*Scrivere solo in stampatello*

Data \_\_\_\_\_

A SOS SERVIZI AMMINISTRATIVI PER LA FARMACEUTICA

[serviziadministrativifarmaceutica.uslcentro@postacert.toscana.it](mailto:serviziadministrativifarmaceutica.uslcentro@postacert.toscana.it)

AMBITO di (barrare)  - EMPOLI  - FIRENZE  - PISTOIA  - PRATO

DATI DEL TITOLARE E DELLA FARMACIA	
TITOLARE <input type="checkbox"/> UNICO <input type="checkbox"/> SOCIETA'	
COS FISCALE/ PIVA	
DENOMINAZIONE FARMACIA	
CODICE REGIONALE	
INDIRIZZO FARMACIA	

**Con la presente si comunica che il Dott.**

COGNOME	NOME
CODICE FISCALE	
NATO A	Il:
RESIDENTE IN PROV	VIA/PZA
ISCRITTO ALL'ORDINE DI	N° ISCRIZIONE

si trova, nella seguente condizione BARRARE e SPECIFICARE SOLO DATA INIZIO O CESSAZIONE (2,3):

	CONDIZIONE FARMACISTA	DATA INIZIO (gg/mm/anno)	DATA FINE (gg/mm/anno)
1	SOCIO COLLAB. F. URBANA		
2	SOCIO COLLAB. F. RURALE		
3	COLLABORATORE F.URBANA		
4	COLLABORATORE F.RURALE		
5	PRATICA PROFESSIONALE ai fini idoneità per titolarità (art 6/7 L892/84)		

INDICARE SEMPRE ai fini concorsuali (4) se a

tempo pieno (da 21 a 40 ore/sett) per n. ore \_\_\_\_\_  tempo parziale (da 0 a 20 ore/sett) per n. ore \_\_\_\_\_

In tutti i casi il titolare/legale rappresentante dichiara che la comunicazione è valida anche ai fini della pratica professionale per il conseguimento della idoneità alla titolarità sec. art.6 e 7 della L. 892/84.

- **Allegati: 1)** certificato/autodichiarazione iscrizione ordine Professionale e **2)** copia codice fiscale

**FIRMA del FARMACISTA** per PRESA VISIONE  
e AUTORIZZAZIONE al TRATTAMENTO DATI personali D.Lvo 196/03

**TIMBRO FARMACIA e FIRMA TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA FARMACIA**

ricevuto da ASL [vedi pec (2)] il \_\_\_\_\_

- La modalità di "comunicazione" non è valida per la sostituzione formale temporanea delle direzione della farmacia per la quale è necessaria l'autorizzazione rilasciata dalla AUSL a seguito di richiesta motivata del titolare da formulare su apposito altro modulo.
- Recepimento e decorrenza: fa fede la ricevuta pec. La comunicazione deve pervenire in data antecedente a quella di inizio attività pena validazione parziale del periodo di collaborazione e/o pratica professionale effettuato presso la farmacia (normalizzata alla data della pec). Il titolare deve comunicare con tempestività la data di cessazione. La mancata ottemperanza si configura in "Illecito Amministrativo", sanzionato ai sensi dell'art. 358 T.U.L.S. come modificato con D.l.vo 196/99 e Art. 358, T.U.L.S e dalla Legge 689/81, art. 32.
- La cessazione del servizio non può essere annotata negli appositi registri ASL contestualmente a quella di inizio pertanto deve essere effettuata ulteriore comunicazione per la data di fine servizio
- I fini concorsuali (es per sedi) l'attività a tempo parziale inferiore o uguale a venti ore settimanali generalmente viene valutata nella misura del 50% del punteggio previsto per tutti i relativi profili professionali (DPCM 298/94, All C BURT 47/12).