

## COMUNICAZIONE FARMACISTI IN ATTIVITA' PRESSO LE FARMACIE (1)

(art 12 DPR 1275/71 E s.m.i.)

All'Azienda USL Toscana Centro

Ambito territoriale di :  Firenze  Empoli  Pistoia  Prato

Barrare la casella relativa all'ambito territoriale in cui ha sede la farmacia e scrivere solo in stampatello

Via PEC: [farmaco.uslcentro@postacert.toscana.it](mailto:farmaco.uslcentro@postacert.toscana.it)

DATI DEL TITOLARE E DELLA FARMACIA		
TITOLARE	<input type="checkbox"/> UNICO	
	<input type="checkbox"/> SOCIETA'	
COD. FISCALE / P.IVA		
DENOMINAZIONE FARMACIA		
INDIRIZZO FARMACIA		
CODICE REGIONALE		
CON LA PRESENTE SI COMUNICA CHE IL DOTT.		
COGNOME		
NOME		
CODICE FISCALE		
NATO A		IL
RESIDENTE IN		PROV.
VIA / P.ZZA		
ISCRITTO ALL'ORDINE DI		N° ISCRIZIONE

SI TROVA, NELLA SEGUENTE CONDIZIONE <b>BARRARE E SPECIFICARE SOLO DATA INIZIO O CESSAZIONE</b> (2,3)			
	CONDIZIONE FARMACISTA	DATA INIZIO (gg/mm/anno)	DATA FINE (gg/mm/anno)
<input type="checkbox"/>	1 SOCIO COLLAB. F. URBANA		
<input type="checkbox"/>	2 SOCIO COLLAB. F. RURALE		
<input type="checkbox"/>	3 COLLABORATORE F. URBANA		
<input type="checkbox"/>	4 COLLABORATORE F. RURALE		
<input type="checkbox"/>	5 PRATICA PROFESSIONALE ai fini idoneità per titolarità (art. 6/7 L. 892/84)		

**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 e titolarità sec. Art. 6 e 7 della L. 892/84.

### ALLEGATI :

- 1) Certificato / Autodichiarazione iscrizione Ordine professionale
- 2) Copia codice fiscale

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

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

Ricevuto da ASL [vedi PEC (2)] il \_\_\_\_\_

1. La modalità di "comunicazione" non è valida per la sostituzione formale temporanea della 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.
2. 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. 196/99 e Art. 358, T.U.L.S. e dalla Legge 689/81, art. 32.
3. 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
4. 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).