

Spett.le
ASUGI - Azienda Sanitaria Universitaria
Giuliano Isontina
Via Costantino Costantinides, 2
34128 TRIESTE (TS)
SS Area Farmaceutica Territoriale
Pec: asugi@certsanita.fvg.it

Oggetto: Richiesta attestazione stato di servizio

Io sottoscritto/a....., C.F.
nato/a il residente a
in via n., telefono
mail /PEC, laureato/a all'Università di.....il.....
e iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di al n.

CHIEDE

il rilascio di un certificato attestante il servizio prestato in qualità di farmacista presso le farmacie della ASUGI - Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina, da utilizzare esclusivamente nei rapporti tra privati ai sensi dell'art. 15 Legge n. 183/2011. Dichiaro di aver esercitato presso le seguenti farmacie in qualità di:

COLLABORATORE

FARMACIA _____
Dal _____ al _____
 Tempo Pieno
 Tempo Parziale N° Ore _____

FARMACIA _____
Dal _____ al _____
 Tempo Pieno
 Tempo Parziale N° Ore _____

FARMACIA _____
Dal _____ al _____
 Tempo Pieno
 Tempo Parziale N° Ore _____

FARMACIA _____
Dal _____ al _____
 Tempo Pieno
 Tempo Parziale N° Ore _____

DIRETTORE

FARMACIA _____
Dal _____ al _____

FARMACIA _____
Dal _____ al _____

FARMACIA _____
Dal _____ al _____

FARMACIA _____
Dal _____ al _____

.....
(luogo) (data)

Il Richiedente
(firma)

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento (UE) 2016/679 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

Dichiaro di essere consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n.445/2000.

Firma

Allegato: 1 marca da bollo (tariffa vigente) per il rilascio del certificato.