

Comunicazione assunzione/variazione/cessazione rapporto farmacisti collaboratori ai sensi dell'art. 12 DPR 1275/1971 e s.m.i.

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____

Titolare/Direttore della Farmacia _____

Codice provinciale della Farmacia _____

COMUNICA

che dal _____, presso la succitata Farmacia

- ha iniziato
- ha cessato (ultimo giorno lavorato)
- ha variato

la propria attività:

il Dott./la Dott.ssa _____

nato a _____ il _____

Iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei Farmacisti della provincia di _____

al n. _____ dal _____

Il succitato/a Dott./Dott.ssa svolge la propria opera professionale in qualità di Farmacista:

- praticante (volontario)
- collaboratore dipendente per n° oresettimanali

Data _____

Timbro della Farmacia e Firma del Titolare/Direttore

Allegare autocertificazione del collaboratore e inviare a UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale servizio.farmaceutico.aulss8@pecveneto.it