

Comunicazione collaborazione mensile Farmacista in Libera Professione

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

Titolare/Direttore della Farmacia _____

Codice provinciale della Farmacia _____

COMUNICA

il Dott./la Dott.ssa _____

nato a _____ il _____

iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei Farmacisti della provincia di _____ al n. _____ dal _____

opera in qualità di Farmacista collaboratore in libera professione nell'orario di apertura della Farmacia nei giorni indicati in tabella:

Mese di	Giorno del mese	Ore lavorate	Giorno del mese	Ore lavorate
_____	1		17	
	2		18	
	3		19	
	4		20	
	5		21	
	6		22	
	7		23	
	8		24	
	9		25	
	10		26	
	11		27	
	12		28	
	13		29	
	14		30	
	15		31	
	16			
Totale ore complessive				

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