



UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale  
 AULSS 8 Berica

pec: [servizio.farmaceutico.aulss8@pecveneto.it](mailto:servizio.farmaceutico.aulss8@pecveneto.it)

**OGGETTO: Comunicazione organigramma**

Denominazione Farmacia \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_

Orario estivo di apertura Farmacia \_\_\_\_\_

Orario invernale di apertura Farmacia \_\_\_\_\_

**ORGANIGRAMMA: Titolare/Direttore, Socio/i e Collaboratore/i:**

- cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
 codice fiscale \_\_\_\_\_  
 ruolo \_\_\_\_\_ n. ore lavorate \_\_\_\_\_ settimanali
- cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
 codice fiscale \_\_\_\_\_  
 ruolo \_\_\_\_\_ n. ore lavorate \_\_\_\_\_ settimanali
- cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
 codice fiscale \_\_\_\_\_  
 ruolo \_\_\_\_\_ n. ore lavorate \_\_\_\_\_ settimanali
- cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
 codice fiscale \_\_\_\_\_  
 ruolo \_\_\_\_\_ n. ore lavorate \_\_\_\_\_ settimanali

L'orario svolto dal farmacista in libera professione, potrà essere comunicato a fine mese specificando il cognome, nome, codice fiscale, i giorni, le ore giornaliere e il totale ore mensili di effettiva presenza.

Timbro Farmacia  
 Firma del Titolare/Direttore

Data \_\_\_\_\_