

**Modello n° 3 - Dichiarazione dell'attività di collaborazione**

Data .....

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MANTOVA  
Servizio Farmaceutico Territoriale  
Via dei Toscani, 1  
46100 MANTOVA

ORDINE DEI FARMACISTI  
Via Marangoni, 18  
46100 MANTOVA

FARMACIA (ragione sociale) ..... N° .....

del Comune di .....

Il sottoscritto Dr. .... Titolare della farmacia sopra indicata,

**comunica che**

il farmacista (Cognome Nome) .....

nato a (Comune Provincia) ..... il .....

regolarmente iscritto all'Ordine dei Farmacisti di ..... dal ..... al n° .....

ha prestato servizio presso questa farmacia dal ..... al .....

in qualità di "Collaboratore", con contratto:

- a tempo pieno
- a part-time per n° ..... ore settimanali
- a tempo determinato
- a tempo indeterminato
- di collaborazione coordinata e continuativa

Distinti saluti.

.....  
(firma del Titolare e timbro della farmacia)