

Modello n° 1 - Dichiarazione di inizio dell'attività di collaborazione

Data

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

ORDINE DEI FARMACISTI
Via Imre Nagy, 58
46100 MANTOVA

FARMACIA (ragione sociale) N°

Del Comune di

Il sottoscritto Dr. titolare della farmacia sopra indicata,
comunica che dal.....

esercita la professione con qualifica 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

il farmacista: (Cognome Nome)

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

regolarmente iscritto all'Ordine dei Farmacisti didal.....al n°

Distinti saluti

(firma del Titolare e timbro della farmacia)

.....

Allegati per l'Azienda Sanitaria Locale di Mantova:

- dichiarazione sostitutiva di certificazione iscrizione Albo
- Copia della carta di identità del collaboratore