Modello - Comunicazione rapporti di collaborazione

Spett.le AAS 2 "Bassa Friulana - Isontina"
Servizio Farmaceutico Territoriale

Il /La sottoscritt__ dott./dott.sa_____
titolare della farmacia _____
sita in _____comunica che

il/la dott/dott.sa._____
Codice Fiscale __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

□ è stato/a assunto/a in data _____
con la qualifica di _____
per n. _____ ore settimanali

□ a tempo indeterminato
□ a tempo determinato fino al _____
□ altro _____ fino al _____

□ è stato licenziato/a in data (indicare l'ultimo giorno di servizio) _____

firma farmacista titolare

Luogo e data _____ _____

IN CASO DI ASSUNZIONE (da compilare da parte del FARMACISTA COLLABORATORE)

Il/La sottoscritt_ _____ nat_ a _____ il _____ residente in _____ via _____ consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti richiamate dall'art. D.P.R. n. 445 del 28/12/2000.

DICHIARA

□ di possedere il seguente titolo di studio _____
conseguito presso _____ in data _____;
□ di essere iscritto/a all'ordine dei farmacisti di _____ a far data dal_____

Autorizza il trattamento dei dati personali esclusivamente per scopi connessi all'attività d'ufficio, ai sensi del Codice della Privacy, approvato con D.Lgs. 196/2003.

firma farmacista collaboratore

Luogo e data _____ _____