

Modulo n° 12 - Dichiarazione di variazione orario dell'attività di collaborazione

Data

All' ATS DELLA VAL PADANA
Servizio farmaceutico

All'ORDINE DEI FARMACISTI PROVINCIALE

PAFARMACIA (denominazione)

Sita del Comune di

Il sottoscritto Dott. Titolare/Legale

Rappresentante della parfarmacia sopra indicata, comunica che dal

il farmacista: (Cognome Nome)

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

regolarmente iscritto all'Ordine dei Farmacisti di dalal n°

modifica l'orario di lavoro in ore settimanali.

Distinti saluti.

(firma del Titolare/Legale Rappr. e timbro della farmacia)

.....