

## Modulo n° 11 - Dichiarazione di inizio dell'attività di collaborazione parafarmacie

Data .....

All' ATS DELLA VAL PADANA  
Servizio farmaceutico

All'ORDINE DEI FARMACISTI PROVINCIALE

Esercizio commerciale (denominazione).....

Del Comune di.....

Il sottoscritto Sig./Dott. .... Titolare/Legale rappresentante

### comunica che

dal.....

esercita la professione con qualifica di farmacista operante nell'esercizio, con contratto:

- a tempo determinato
- a tempo indeterminato
- di collaborazione coordinata e continuativa
- di libera professione

Con la seguente tipologia di orario:

- a tempo pieno
- a part-time per n° ..... ore settimanali
- a chiamata

il farmacista: (Cognome Nome) .....

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

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

- Indicare (ove presente) il nome del farmacista responsabile di reparto:  
.....

Distinti saluti

(firma del Titolare/Legale Rappr.e timbro dell'esercizio)

### Allegati per l'ATS della Val Padana di Mantova:

- **dichiarazione sostitutiva di certificazione iscrizione Albo**  
(modulo4\_DichSostitCertificaz\_farmacista)
- **Copia della carta di identità del collaboratore**