

FARMACIA

SEDE _____

PEC _____

Spett.le Area Gestione Servizio Farmaceutico ASL BR
Piazza Di Summa
72100 Brindisi
Pec: farmaceutica.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it

e p.c. All'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Brindisi
Via Filomeno Consiglio 40
72100 Brindisi
Pec: ordinefarmacistibr@pec.fofi.it

Oggetto: Comunicazione assunzione di Farmacista Collaboratore.

Il/La Sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____,
legale rappresentante della Farmacia _____,
con sede a _____ alla via/piazza _____,

COMUNICA

Che il/la Dr/Dr.ssa _____ nato/a a _____ il _____,
laureato/a in Farmacia /CTF presso l'Università di _____ il _____,
abilitato/a all'esercizio della professione presso l'Università di _____
nella __ sessione dell'anno _____,
regolarmente iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei Farmacisti di _____ dal _____
con il numero _____,
svolge attività di collaboratore farmacista presso la suddetta Farmacia
a far data dal _____ con:

- orario tempo pieno;
 tempo parziale con n. ore settimanali _____

Si allega autocertificazione di iscrizione all'Ordine dei Farmacisti del/della Dr./Dr.ssa _____

Distinti saluti.

_____ li _____

Timbro e firma