

Spett.le  
U.O.C. ASSISTENZA FARMACEUTICA

REGIONE DEL VENETO



+ Distretto 1 Bassano  
tel. 0424/888780 - fax 0424/889489  
[farmaceutico.terr.distretto1@aulss7.veneto.it](mailto:farmaceutico.terr.distretto1@aulss7.veneto.it)

+ Distretto 2 Alto Vicentino  
tel. 0445/388323 - fax 0445/388956  
[farmaceutico.terr@aulss7.veneto.it](mailto:farmaceutico.terr@aulss7.veneto.it)

Il/la sottoscritto/a dr./dr.ssa \_\_\_\_\_ titolare della farmacia  
\_\_\_\_\_ codice \_\_\_\_\_  
sita nel comune di \_\_\_\_\_ (VI)  
via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

### C O M U N I C A

**L'ASSUNZIONE**                       **LA VARIAZIONE**                       **LA CESSAZIONE**

dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

del/della dr./dr.ssa \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Codice Fiscale

Full – Time (40h)                       Part – Time n° \_\_\_\_ , \_\_\_\_ ore settimanali

Turno notturno                       SI                       NO

in qualità di  COLLABORATORE                       LIBERO PROFESSIONISTA a n° \_\_\_\_ ore mensili

E' in possesso della Laurea in :  Farmacia                      o                       Chimica e Tecnologia Farmaceutica

conseguita presso l'Università di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

E' in possesso dell'abilitazione professionale (esame di stato)

conseguita presso l'Università di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

E' iscritto/a all'Albo dell'Ordine Professionale dei Farmacisti

della Provincia di \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Per accettazione

Timbro e Firma Farmacia

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_