**SPETT.LE A.S.L. _____**
**Ufficio Farmaceutico**
**_____**

**SPETT.LE ORDINE DEI FARMACISTI**
**DELLA PROVINCIA DI NAPOLI**
**Via Toledo n. 156**
**80133 ---------- N A P O L I**

**e p.c.**

**SPETT.LE**
**DIREZIONE GENERALE PER LA TUTELA**
**DELLA SALUTE E COORDINAMENTO**
**DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE**
**Centro Direzionale Isola C 3**
**80100 ---------- N A P O L I**

**L O R O S E D I**

**Oggetto: Collaborazione professionale (Art. 12 del DPR n. 1275 del 21/081971)**

Il/a sottoscritto/a_____, nato/a a _____

il ____/____/_____ Titolare della Farmacia _____

sita in_____ alla via _____

n°_____

**C O M U N I C A**

Che il Dr./ssa _____, nato/a _____ il ____/____/_____ iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Napoli al n° _____, a far data ____/____/_____ inizia l'attività professionale di Farmacista per n° ore____ mensili, presso la Farmacia di cui sono titolare.

Distinti saluti

_____ ____/____/_____

Il Titolare

_____

(timbro e firma)

==========

**(spazio riservato al Collaboratore)**

Il/a sottoscritto/a _____, nato a _____

il ____/____/_____ laureato in _____ ed iscritto all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Napoli

al n° _____ dal _____.

**D I C H I A R A**

Di accettare a far data dal giorno ____/____/_____, la **Collaborazione Professionale** presso la Farmacia_____

_____.

Allega alla presente, per la ASL in indirizzo, la seguente documentazione:

- Autocertificazione di iscrizione all'Albo Professionale.
- Fotocopia di documento valido di riconoscimento.

Distinti saluti

_____ ____/____/_____

Il Collaboratore

_____