

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

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
