

FARMACIA _____

Al Servizio Farmaceutico A.S.M.
Via Montescaglioso, s.n.
75100 – MATERA

p.c. Ordine dei farmacisti della
Provincia di Matera

Il/la sottoscritto/a _____, titolare/direttore della
farmacia _____ sita in _____ prov. (____),
via _____ n. _____

COMUNICA

di avere assunto in data __/__/____ il/la dott./dott.ssa _____,
nato/a a _____ prov. (____) il _____ a
orario* _____,
con modalità** _____

e con la qualifica di farmacista collaboratore.

All'uopo allega alla presente Autocertificazione di iscrizione dell'interessato/a.

Distinti saluti

_____, __/__/____

In fede
(firma e timbro farmacia)

* indicare se full-time o part-time "dalle ore... alle ore..."

** indicare se a tempo "indeterminato" o "determinato con scadenza il..."