

PARAFARMACIA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 della  
parafarmacia \_\_\_\_\_ sita in \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_),  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

#### COMUNICA

di avere rinnovato in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ il contratto di assunzione del/della dott./dott.ssa

\_\_\_\_\_

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

a orario\* \_\_\_\_\_

con modalità\*\* \_\_\_\_\_

e con la qualifica di farmacista.

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

Distinti saluti

\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

In fede  
(firma e timbro parafarmacia)

\_\_\_\_\_

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

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