

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 dell' esercizio commerciale di
cui all'articolo 5 della legge n. 248/2006 denominato _____
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.

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..."