

Spett.le ASL RIETI

U.O.S. Assistenza Farmaceutica Territoriale

Pec **areafarmaco@asl.rieti@pec.it**

OGGETTO: Assunzione/Cessazione del personale laureato (art.12 DPR 1275/71)

Il/La sottoscritto/a _____, in qualità di Titolare/Legale
Rappresentante della Farmacia _____, cod. SSR _____, sita
in _____ (_____),
via _____ n. _____, COMUNICA con la
presente che il/la dr./dr.ssa _____ nato/a _____
(_____) il _____, codice fiscale _____ iscritto/a
all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di _____ dal _____ al
n _____,

☐ **HA INIZIATO** a svolgere la propria attività professionale presso la suddetta Farmacia
in data _____ in qualità di:

O Collaboratore Farmacista a tempo pieno

O Collaboratore Farmacista a tempo parziale per complessive ore settimanali _____

O Libero Professionista per complessive ore settimanali _____

☐ **HA CESSATO** di svolgere la propria attività professionale presso la suddetta Farmacia
in data _____.

Luogo e data _____

Timbro Farmacia
e Firma Titolare/Legale Rappresentante

Si allega copia documento di riconoscimento e codice fiscale del Farmacista assunto