

Timbro della Farmacia

Spettabile

A.S.L. Provincia di Lecco

Corso Carlo Alberto 120 -- Tel.: 0341 482111



Dipartimento Servizi Sanitari di Base

SERVIZIO ASSISTENZA FARMACEUTICA

E-Mail: farmacia@asl.lecco.it - Tel.: 0341482281 - Fax: 0341482251



COMUNICAZIONE DI INIZIO E FINE RAPPORTO PROFESSIONALE ATTIVITA' FARMACISTI IN FARMACIE APERTE AL PUBBLICO

(art.12 D.P.R. 1275/71 – art. 6 L. 829/84)

Il/La sottoscritt.. dott..		☐ Titolare
		☐ Direttore Responsabile
		☐ Gestore provvisorio
della Farmacia:	Codice: LC	
sita in località:	Via/Piazza:	

comunica

che dal.....il/la dott.....

☐ PRESTA

☐ NON PRESTA PIU'

la propria attività presso questa farmacia a tempo

☐ pieno

☐ parziale

* ☐ per il periodo di pratica professionale biennale

* ☐ per assunzione a tempo indeterminato come collaboratore

☐ per collaborazione a tempo determinato da:_____ a:_____

Il/la dott..... sarà presente in farmacia nei seguenti giorni settimanali:

.....
.....
.....

con i seguenti orari (indicare anche l'eventuale copertura di turni se garantiti dal professionista):

.....
.....
.....

Data:.....

Il titolare/direttore/gest.prov.

.....

* Allegare i seguenti documenti:

- certificato o autocertificazione di iscrizione all'ordine
- certificato medico di idoneità fisica