

DATI INFORMATIVI RELATIVI A TITOLARI IN CERCA DI COLLABORATORI

Farmacia _____ Titolare _____

Indirizzo _____ Comune _____ Prov. _____

n. tel. _____ n. fax _____

Dati da divulgare senza riserve? SI NO

Se NO, con quali limitazioni? _____

Ha necessità di personale laureato a:

tempo pieno part-time stagionale prestazione prof. occasionale

altro _____

Richiede personale con esperienza pratica in farmacia da :

più di due anni meno di due anni indifferente

altro _____

Ha disponibilità di alloggio per farmacista proveniente da lunghe distanze? SI NO

Richiede qualche requisito particolare? SI NO

Se SI specificare quale: esperienza in: uso di computer preparazioni magistrali

gestione tecnica vendita al pubblico fitoterapia omeopatia

primo soccorso lingue straniere nessun requisito limitante

altro: _____

Note : _____

Autorizzo il trattamento dei dati ai sensi del DLgs 196/2003

firma leggibile