

Modello n° 3 - Dichiarazione dell'attività di collaborazione

Data

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MANTOVA
Servizio Farmaceutico Territoriale
Via dei Toscani, 1
46100 MANTOVA

ORDINE DEI FARMACISTI
Via Marangoni, 18
46100 MANTOVA

FARMACIA (ragione sociale) N°

del Comune di

Il sottoscritto Dr. Titolare della farmacia sopra indicata,

comunica che

il farmacista (Cognome Nome)

nato a (Comune Provincia) il

regolarmente iscritto all'Ordine dei Farmacisti di dal al n°

ha prestato servizio presso questa farmacia dal al

in qualità di "Collaboratore", con contratto:

- a tempo pieno
- a part-time per n° ore settimanali
- a tempo determinato
- a tempo indeterminato
- di collaborazione coordinata e continuativa

Distinti saluti.

.....
(firma del Titolare e timbro della farmacia)