

**Modello n° 1 - Dichiarazione di inizio 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 dal .....

esercita la professione con qualifica 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

il farmacista: (Cognome Nome).....

nato a (Comune Provincia)..... il .....

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

Distinti saluti

(firma del Titolare e timbro della farmacia)

.....

Allegati per l'Azienda Sanitaria Locale di Mantova:

- Certificato di iscrizione all'Ordine Professionale o dichiarazione sostitutiva
- Copia della carta di identità del collaboratore