

TIMBRO FARMACIA

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:

Collaboratore Farmacista a tempo pieno

Collaboratore Farmacista a tempo parziale per complessive ore settimanali \_\_\_\_\_

Libero Professionista per complessive ore settimanali \_\_\_\_\_

**ha cessato** di svolgere la propria attività professionale presso la suddetta Farmacia

in data \_\_\_\_\_.

Firma Titolare/Legale Rappresentante

Luogo e data \_\_\_\_\_

Si allega:

copia documento di riconoscimento e codice fiscale del Farmacista assunto