

Modulo 2.2a

* FARMACIA timbro

Spett.le
Azienda USL Ferrara
U.O. Politiche del Farmaco
PEC: farmaceutica.convenzionata@pec.ausl.fe.it

e p.c. Ordine dei Farmacisti
Provincia di Ferrara
Fax 0532-242170

Con la presente il sottoscritto Titolare/Legale Rappresentante della Farmacia* comunica:

- ☐ Assunzione
- ☐ Attivazione tirocinio
- ☐ Licenziamento
- ☐ Dimissioni
- ☐ Fine rapporto a termine
- ☐ Variazione di qualifica
- ☐ Variazione orario di lavoro
- ☐ Pratica professionale
- ☐ Altro (specificare):...

(barrare una casella)

del seguente farmacista :

Cognome e nome:

Luogo e data di nascita:

Codice fiscale:

Tipo di rapporto (tempo determinato/indeterminato)

Orario di lavoro (tempo pieno/part-time):

a numero ore settimanali

Iscritto all'Ordine della Provincia di:

N°. iscrizione all'Ordine:

Qualifica:

Data di assunzione:

Data fine rapporto

:

Data fine tirocinio

:

Data _____

Timbro e firma Titolare/Legale Rappresentante della Farmacia*
