

INIZIO/VARIAZIONE/CESSAZIONE ATTIVITÀ FARMACISTI

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa _____

Titolare/Direttore della Farmacia (cod. _____) _____

comunica che il/la farmacista dr./dr.ssa _____

Codice Fiscale _____

iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti di _____ al n° _____

ha iniziato a svolgere attività di **collaboratore** presso questa Farmacia dal _____

per complessive _____ ore settimanali

a tempo determinato fino al _____ a tempo indeterminato

ha cessato di svolgere attività di **collaboratore** presso questa Farmacia dal _____

ha iniziato a svolgere attività di **libero professionista** presso questa Farmacia dal _____

Per il **libero professionista** il numero delle ore effettivamente svolte deve essere rendicontato all'UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale dell'Azienda Ulss n. 2 Marca trevigiana periodicamente (almeno una volta l'anno) con l'invio di una dichiarazione firmata dal farmacista e dal direttore/titolare di farmacia.

ha cessato di svolgere attività di **libero professionista** presso questa Farmacia dal _____

ha iniziato a svolgere la pratica professionale biennale presso questa Farmacia dal _____

ha variato la propria attività dal _____

Si allega autocertificazione di iscrizione all'Albo professionale del citato farmacista.

Distinti saluti.

Luogo, data _____

Timbro farmacia e firma titolare/direttore

Firma del farmacista per accettazione

Inviare a protocollo.aulss2@pecveneto.it e farmaceuticateritoriale.asolo@aulss2.veneto.it (Distretto di Asolo) o farmaceuticateritoriale.pievedisoligo@aulss2.veneto.it (Distretto di Pieve di Soligo) o farmaceuticateritoriale.treviso@aulss2.veneto.it (Distretto di Treviso) e p.c. all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Treviso (ordinefarmacistiv@pec.fofi.it)