

**Modulo 2.2a**

FARMACIA      timbro

Spett.le  
Azienda USL Ferrara  
U.O. Assistenza Farmaceutica  
Ospedaliera e Territoriale  
Fax 0532-235971  
Ordine dei Farmacisti  
Provincia di Ferrara  
Fax 0532-242170

e p.c.

Con la presente la sottoscritta 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:

Sesso:

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 Farmacia

\_\_\_\_\_