Spett.le Azienda Sanitaria Locale Avellino

Servizio Farmaceutico

Via degli Imbimbo n. 10 83100 Avellino

PEC: [protocollo@pec.aslavellino.it](mailto:protocollo@pec.aslavellino.it)

Mail: [farmaceutica.aslav@gmail.com](mailto:farmaceutica.aslav@gmail.com)

Spett. Ordine dei Farmacisti di Avellino

Viale Italia n. 203/a 83100 Avellino

PEC: [ordinefarmacistiav@pec.fofi.it](mailto:ordinefarmacistiav@pec.fofi.it)

Oggetto: **comunicazione assunzione Farmacista Collaboratore e contestuale espletamento Collaborazione Professionale**

Il sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_\_, ed ivi residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della sede farmaceutica suindicata,

**COMUNICA**

che il/la Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_\_\_, ed ivi residente alla Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, iscritto/a all’Ordine dei Farmacisti della Provincia di Avellino al n° \_\_\_\_\_ dal \_\_/\_\_/\_\_\_, a far data presta la propria collaborazione presso questa farmacia, in qualità di dipendente, con un contratto di lavoro a tempo determinato/indeterminato a tempo pieno/ part-time di ore \_\_

Contestualmente, per tale periodo svolge anche la Collaborazione Professionale ai sensi del 4° comma Art. 6 Legga n. 892/84 e Art. 12 Legge n. 475/68, ai fini dell’idoneità

Firma Dipendente Timbro e Firma Farmacia