

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	Assunzione personale laureato Farmacia (FT.MO.2354.03).doc
		pag1/2

AL DIRETTORE GENERALE
DELL'ASL "VC"
C.so Mario Abbiate, 21
13100 VERCELLI

E p.c.

ALL'ORDINE DEI FARMACISTI
della Provincia di _____

Oggetto: Comunicazione di assunzione _variazione servizio di personale laureato di farmacia

Il/La sottoscritto/a _____ in
qualità di _____
della Farmacia _____
sita in _____ Via _____ n. _____

DICHIARA

1. di assumere il Dott/Dott.ssa _____
2. di variare il contratto del/della Dott/Dott.ssa _____

regolarmente iscritto/a all'Albo dei Farmacisti della Provincia di
_____ al n. _____ dal _____, dal
giorno _____ **al giorno** _____ in qualità
di Direttore/Collaboratore

- a) con contratto di Lavoro C.C.N.L. a tempo indeterminato
 a tempo determinato

b) in regime di libera professione

e con il seguente orario di servizio:

- pieno
 parziale (n. ore _____ settimanali, suddivise secondo il seguente schema:

Stesura: Dr.ssa Rossana Monciino	Verifica: Dr.ssa Antonietta Barbieri	Autorizzazione: Dr.ssa Antonietta Barbieri	Emissione: Dr.ssa Rossana Monciino
<i>Dirigente Farmacista SC Farmaceutica Territoriale – Dicembre 2022</i>	<i>Direttore SC Farmaceutica Territoriale – Dicembre 2022</i>	<i>Direttore SC Farmaceutica Territoriale – Dicembre 2022</i>	<i>Dirigente Farmacista SC Farmaceutica Territoriale – Dicembre 2022</i>

QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	Assunzione personale laureato Farmacia (FT.MO.2354.03).doc
		pag2/2

lun. matt. dalle ore _____ alle ore _____, lun. pom. dalle ore _____ alle ore _____,
 mart. matt. dalle ore _____ alle ore _____, mart. pom dalle ore _____ alle ore _____,

 merc. matt. dalle ore _____ alle ore _____, merc. pom dalle ore _____ alle ore _____,
 giov. matt. dalle ore _____ alle ore _____, giov. pom dalle ore _____ alle ore _____,
 ven. matt. dalle ore _____ alle ore _____, ven. pom dalle ore _____ alle ore _____,
 sab. matt. dalle ore _____ alle ore _____, sab. pom dalle ore _____ alle ore _____,

Il presente periodo di esercizio professionale è da considerarsi anche ai fini della pratica professionale (art. 6 L. n. 892/84).

Si allega “Autocertificazione collaboratore” (FT.MO.2382.nn)”.

 (data e luogo)

 (firma del dichiarante)

Il/La sottoscritto/a _____

Dichiara di accettare l’incarico _____
 (Firma dell’accettante)

Stesura: Dr.ssa Rossana Monciino	Verifica: Dr.ssa Antonietta Barbieri	Autorizzazione: Dr.ssa Antonietta Barbieri	Emissione: Dr.ssa Rossana Monciino
<i>Dirigente Farmacista SC Farmaceutica Territoriale – Dicembre 2022</i>	<i>Direttore SC Farmaceutica Territoriale – Dicembre 2022</i>	<i>Direttore SC Farmaceutica Territoriale – Dicembre 2022</i>	<i>Dirigente Farmacista SC Farmaceutica Territoriale – Dicembre 2022</i>
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL’AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.			