



Timbro Farmacia

Spett.le  
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE  
DI REGGIO EMILIA  
DIPARTIMENTO PER L'ASSISTENZA FARMACEUTICA  
VIA MONTI URALI, 74/3  
42122 REGGIO EMILIA

e.p.c. ORDINE DEI FARMACISTI DI REGGIO EMILIA  
VIA PICCARD, 16/g  
42124 REGGIO EMILIA

OGGETTO: ASSUNZIONE COLLABORATORI

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ titolare della  
Farmacia \_\_\_\_\_ ubicata in Via \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_

#### COMUNICA

Con la presente di assumere in qualità di

Collaboratore tempo pieno  
Collaboratore part-time  
Apprendista collaboratore  
Libero professionista

Dal giorno \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_ ore

Il Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti della provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_

Reggio Emilia,.....

(timbro Farmacia e  
Firma titolare)