

Reggio Emilia,

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: NOMINA DIREZIONE

Il sottoscritto Dr. _____ gestore della

Farmacia _____ ubicata in _____

COMUNICA

la nomina a far tempo dal _____ della Direzione Tecnica della
propria Farmacia al/alla Dr./Dr.ssa _____,
nata a _____ il _____ e iscritta/o all'Ordine dei
Farmacisti di _____ al n° _____ dal _____

già in servizio presso questa Farmacia

non in servizio presso la Farmacia

Firma per accettazione

Timbro della Farmacia e
firma del titolare/direttore