



Ordine dei Farmacisti della Provincia di Bolzano Apothekerkammer der Provinz Bozen

Via Macello – Schlachthofstraße 57 | I-39100 Bolzano - Bozen (BZ)
Tel. +39 0471 974058 | Fax +39 0471 327952
Web: www.ordinefarmacisti.bz.it
E-mail: info@ordinefarmacisti.bz.it | PEC: ordinefarmacistibz@pec.fofi.it
Cod. Fisc. – Steuer Nr. 80006600219

Allegato n°1

alla domanda di adesione della Farmacia per l'espletamento del tirocinio pratico valutativo

1- DICHIARAZIONE DEL TITOLARE/DIRETTORE DELLA FARMACIA IN ORDINE AL PERSONALE FARMACISTA OPERANTE IN FARMACIA

Il sottoscritto Dott/ Dott.ssa

con riferimento alla domanda di adesione sottoscritta in data con codesto Ordine in data.....

DICHIARA CHE:

1. il personale in forza alla data odierna della farmacia è di **n.....** collaboratori farmacisti

**FULL TIME ORE 40 SETTIMANALI NUMERO COLLABORATORI
FARMACISTI**

PART TIME ORE NUMERO

PART TIME ORE NUMERO.....

PART TIME ORE NUMERO.....

PART TIME ORE NUMERO.....

2. il numero dei tirocinanti in forza di convenzione diversa dalla presente, siglata con Ordine dei Farmacisti diverso od Università degli Studi diversa o comunque in forza di progetti formativi o convenzioni stipulate a qualunque titolo èIn fede.

Luogo, Data

*Firma del titolare/direttore
della Farmacia Ospitante
o del Legale Rappresentante*
