



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°2

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

Modulo di comunicazione variazione dei dati rilevanti ai fini della convenzione tirocinio

Il sottoscritto Dott/ Dott.ssa
Nato/a a ilresidente
in..... C.A.P.....
via..... n. civ. riconosciuto a mezzo
din. rilasciato da in
data

Iscritto all' Ordine dei Farmacisti di daln. iscrizione
Codice Fiscale.....
Indirizzo di posta elettronica certificata
n. telefonico.....

In qualità di direttore/titolare della Farmacia.....
Via/Piazza.....n.Comune di.....
Provincia.....

Congiuntamente al legale rappresentante (se diverso compilare i dati richiesti di seguito)

Dati relativi al legale rappresentante:

COGNOMENOME.....
nato a ilresidente
in..... C.A.P.....
via..... n. civ. riconosciuto a mezzo
din. rilasciato da in
data
Codice Fiscale.....
Indirizzo di posta elettronica certificata.....

COMUNICA LE SEGUENTI VARIAZIONI INTERVENUTE IN DATA.....:

Variazione della direzione:

Cognome e nome del Direttore

.....

iscrizione ordine dei farmacisti di

numero.....

Codice Fiscale.....

Indirizzo di posta elettronica certificata.....



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

Variazione dell'assetto del personale in forza alla farmacia

L'assetto del personale in forza alla farmacia alla data odierna è di n. collaboratori
farmacisti

full time ore 40 settimanali numero-----

part time ore ----- numero-----

part time ore ----- numero-----

part time ore ----- numero-----

part time ore ----- numero-----

-altre variazioni

.....
.....
.....
.....

In fede.

Luogo, Data

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