

SPETT. SERVIZIO FARMACEUTICO
AZIENDA SANITARIA MATERA
VIA MONTESCAGLIOSO
75100 – MATERA

p.c. SPETT. ORDINE DEI FARMACISTI
PROVINCIA DI MATERA
VIA OLIVETTI, 151
75100 – MATERA

Oggetto: Inizio pratica professionale

Il/la sottoscritto/a dr./dr.ssa _____, titolare/direttore
della Farmacia _____ sita in _____

COMUNICA

a Codesta spett.le ASL che il/la dr./dr.ssa _____

- nato/a a _____ il _____

- residente in _____ alla via _____,

iscritto/a all'Albo dei farmacisti della Provincia di Matera dal _____ al n. _____

eserciterà dal giorno _____ la prescritta pratica professionale ai sensi dell'art. 6

della Legge n. 892/1984 nei seguenti orari _____

Luogo e data _____

Firma del Titolare di farmacia

Firma del Tirocinante

All. n. 2

1 - certificato di iscrizione all'Albo o autocertificazione

2 - certificato di sana e robusta costituzione fisica