

Notifica all'Azienda Sanitaria di **INIZIO/CESSAZIONE/VARIAZIONE ORARIO** attività lavorativa
Farmacisti Collaboratori - (art. 32 RD 1706/1938 s.m.i.)

Alla c.a. Azienda sanitaria Friuli Occidentale
SOC Assistenza Farmaceutica
Via della vecchia ceramica, 1 - 33170 Pordenone
PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it

Ordine dei Farmacisti della Provincia di Pordenone
PEC:ordinefarmacistipn@pec.fofi.it

Il sottoscritto dott. _____

Titolare/direttore della Farmacia/Esercizio Commerciale _____

Codice Reg. Farm. _____

COMUNICA

che il/la Farmacista dott./dott.ssa (Cognome/Nome) _____

nato/a il _____ a _____

iscritta all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di _____ al n. _____

ha **INIZIATO** a svolgere attività di Collaboratore presso questa Farmacia dal giorno (gg/mm/Aaaa): _____

a tempo pieno a tempo parziale (**specificare ore/settimana**): _____ / settimana

ha **CESSATO** di svolgere la propria attività di Collaboratore presso questa Farmacia dal giorno (gg/mm/Aaaa): _____

ha **VARIATO** l'orario di lavoro dal giorno (gg/mm/Aaaa): _____

orario precedente (*specificare ore/settimana*): _____ / settimana

orario **attuale** (*specificare ore/settimana*): _____ / settimana

In caso di prestazione di lavoro occasionale (*per es. libera professione*) specificare periodo lavorativo e totale ore/giorni di lavoro nel periodo:

dal giorno (gg/mm/Aaaa): _____ Al giorno (gg/mm/Aaaa): _____

per tot giorni*: _____ e/o per Tot. ore: _____

* In caso di prestazione orarie variabili si inviata ad allegare prospetto riepilogativo con dettaglio delle ore per ciascuna giornata – vedi Allegato 1 -.

Data.....

Timbro e Firma titolare/direttore

.....

