



ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI BOLOGNA

Via Garibaldi 3 - 40124 Bologna - Telefono 051581225 - Fax 0516447855
www.ordfarmbo.it - E-Mail : segreteria@ordfarmbo.it - ordinefarmacistibo@pec.fofi.it

Allegato n°1

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

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 di cui:

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 siglata con Ordine dei Farmacisti diverso da quello di Bologna od Università degli Studi diversa da Quella di Bologna o comunque in forza di progetti formativi o convenzioni stipulate a qualunque titolo è