



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°2

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

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 di
.....n. 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 di
.....n. 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.....

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*

*Firma del titolare/direttore
della Farmacia Ospitante*
