

Farmacia _____

Trieste.....

Spett.le
A.S.S.N. 1 - Triestina
U.O Assistenza farmaceutica

e p.c.

Spett.le
Ordine dei Farmacisti
della provincia di Trieste

Il sottoscritto dott. _____

titolare della farmacia sopra indicata, comunica che:

a) il farmacista COGNOME _____ NOME _____

nato a _____ IL _____

iscritto all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Trieste dal _____

al n. _____

presta servizio presso questa farmacia dal _____ ;

b) ai sensi dell'art. 6 della legge n. 892/84

- svolge
- non svolge

l'attività in qualità di farmacista praticante valida ai fini dell'idoneità alla titolarità.*

Distinti saluti.

(firma titolare e timbro farmacia)

* barrare una delle due opzioni