

All. "Report Dati"

Pag. n° di n° pagine

All'Azienda Sanitaria Locale (A.S.L.) N.4 TERAMO
Servizio Farmaceutico Territoriale
Ufficio Segreteria
Via Circonvallazione Ragusa. 1
64100 TERAMO

Il/la sottoscritt _____ Direttore e/o Titolare della sede farmaceutica n° _____ del

Comune di dichiara che l'esercizio farmaceutico si trova in Gestione provvisoria scadente il
ed è attualmente gestito quale

Ditta individuale Impresa familiare in forma societaria (specificare tipologia) S.n.c. S.a.s. S.p.a. altro.....

Dichiara altresì ai fini dell' art 12 del DPR 21/08/71 n° 1275 che presso questa farmacia hanno prestato e/o prestano servizio professionale i sotto elencati farmacisti collaboratori o farmacisti praticanti:

Cognome e Nome	In qualità di (1)	Dal (2)	Al (2)	Ore settimanali	Iscritto all'Ordine di	Al n°	dal (2)

In fede.
_____ li, _____.

(Timbro della Farmacia e firma del Titolare e/o Direttore)

(1) Collaboratore; Sostituto Direttore; Praticante volontario. (N:B: il tirocinante, in questa tabella non va riportato)

(2) specificare giorno, mese, anno.

.....