

**All'U.O. Assistenza Farmaceutica Territoriale Aziendale**

Sede di Ambito \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

cap \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

[azienda@pec.auslromagna.it](mailto:azienda@pec.auslromagna.it)

Oggetto: **COMUNICAZIONE INIZIO PRATICA PROFESSIONALE IN FARMACIA EX ART 6 L 892/1984**

Il/La sottoscritto/a Dott/Dott.ssa \_\_\_\_\_

Titolare    Direttore    Socio Responsabile    Erede    Legale Rappresentante   della  
Farmacia

Sede Farmaceutica n° \_\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_ (Prov \_\_\_\_)

Sita in via/Piazza \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, cap \_\_\_\_\_

#### **DICHIARA**

#### **ai fini dell'acquisizione della Pratica Professionale**

l'inizio in data \_\_\_\_\_ dello svolgimento della Pratica Professionale ex art 6 l 892/1984,  
presso la propria Farmacia, da parte del

Dott/Dott.ssa \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Iscritto/a all'Albo dei Farmacisti di \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_

Di cui si allega:

- autocertificazione relativa all'iscrizione all'Albo dei Farmacisti con l'indicazione dell'ordine Professione, del numero e della data di avvenuta iscrizione ( corredata di documento di riconoscimento).

Lo Scrivente precisa che la presenza del Dott/ Dott.ssa \_\_\_\_\_ è assicurata a

- Tempo Pieno
- Tempo Parziale per N° ore settimanali così distribuite:

Lunedì dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Martedì dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Mercoledì dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Giovedì dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Venerdì dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Sabato dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Lo Scrivente si riserva di segnalare tempestivamente il termine della Pratica Professionale con riferimento all'ultimo giorno di presenza.

Data,

Timbro e Firma del Titolare/Direttore della Farmacia