

COMUNICAZIONE MENSILE ORARIO FARMACISTA IN LIBERA PROFESSIONE

Spett.le AULSS 9 Scaligera

UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale
UOS Autorizzazione e Vigilanza
Farmacie e Magazzini Farmaceutici
protocollo.aulss9@pecveneto.it

e, p.c. All'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Verona
ordinefarmacistivr@pec.fofi.it

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa _____ Titolare/Direttore resp/Legale Rapp. della
Farmacia _____ cod. prov. n. _____ del Comune
di _____ via _____ n. _____

COMUNICA che:

il/la Dott./ssa _____ nato/a a _____ il _____
iscritto/a all' Albo dell'Ordine dei Farmacisti della provincia di _____
al n. _____ dal _____ ha prestato la propria attività professionale in
qualità di Farmacista collaboratore in libera professione come specificato per il:
MESE di _____ ANNO _____

GIORNO	ORE (es. 1, 2, 3)	MINUTI (es. 15, 30, 45)	GIORNO	ORE (es. 1, 2, 3)	MINUTI (es. 15, 30, 45)
1			17		
2			18		
3			19		
4			20		
5			21		
6			22		
7			23		
8			24		
9			25		
10			26		
11			27		
12			28		
13			29		
14			30		
15			31		
16			TOTALE LAVORATO _____		

I dati personali saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR) secondo l'informativa conservata presso la sede dell'Azienda Ulss n. 9 pubblicata nel sito internet, accessibile al seguente link: <https://www.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.apridirectdoc&iddoc=1310>

Luogo e Data

Timbro Farmacia e Firma del Titolare/Direttore
