

Spett. le
ATS di Brescia
Servizio Farmaceutico
protocollo@pec.ats-brescia.it

Rendicontazione impegno orario
Farmacista collaboratore in LIBERA PROFESSIONE in PARAFARMACIA

Il/La sottoscritto/a

Cognome	Nome

Legale Rappresentante della **PARAFARMACIA**

Denominazione			
Codice Univoco	Comune		
Via/Piazza			

Comunica

L'orario settimanale del MESE di		ANNO	
---	--	-------------	--

Già effettuato dal Dott./Dott.ssa:

Cognome	Nome

Codice Fiscale															
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Settimana	PERIODO DI RIFERIMENTO						Totale ore settimanali
	Dal gg/mm/aaaa			Al gg/mm/aaaa			
1° settimana del mese							
2° settimana del mese							
3° settimana del mese							
4° settimana del mese							
5° settimana del mese							

_____ luogo

_____ data

IL FARMACISTA LIBERO PROFESSIONISTA _____ (firma)

IL LEGALE RAPPRESENTANTE della PARAFARMACIA _____ (firma e timbro)