

Modulo "rendicontazione ore libero professionista"

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

Rendicontazione impegno orario settimanale farmacista in LIBERA PROFESSIONE
--

Il sottoscritto

--	--

Cognome

Nome

titolare/direttore della farmacia

Denominazione

--	--	--

Codice regionale

	Comune	
--	--------	--

Via

	n.	
--	-----------	--

comunica l'orario settimanale già effettuato dal Dott.

--	--

Cognome

Nome

nel MESE di:

ANNO

--	--

così suddiviso:

Giorno	Nr. Ore								
01		08		15		22		29	
02		09		16		23		30	
03		10		17		24		31	
04		11		18		25			
05		12		19		26			
06		13		20		27			
07		14		21		28			
Totale Ore		Totale Ore		Totale Ore		Totale Ore		Totale Ore	

IL FARMACISTA LIBERO PROFESSIONISTA _____
(firma)

IL TITOLARE/DIRETTORE _____
(firma)

TIMBRO DELLA FARMACIA _____

CONSERVARE IN FARMACIA UNA COPIA DELLA COMUNICAZIONE CON RICEVUTA DI AVVENUTA CONSEGNA ALLA PEC DEL SERVIZIO FARMACEUTICO DELL'ATS, DA ESIBIRE IN CASO DI CONTROLLI ISPETTIVI