

Notifica all'Azienda Sanitaria di **INIZIO/CESSAZIONE/VARIAZIONE ORARIO** attività lavorativa  
Farmacisti Collaboratori - (art. 32 RD 1706/1938 s.m.i.)

Alla c.a. Azienda sanitaria Friuli Occidentale  
SOC Assistenza Farmaceutica  
Via della vecchia ceramica, 1 - 33170 Pordenone  
PEC: **asfo.protgen@certsanita.fvg.it**

Ordine dei Farmacisti della Provincia di Pordenone  
PEC: **ordinefarmacistipn@pec.fofi.it**

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_

Titolare/direttore della Farmacia/Esercizio Commerciale (Parafarmacia):

\_\_\_\_\_ Codice Reg. \_\_\_\_\_

**COMUNICA**

che il/la Farmacista dott./dott.ssa (Cognome/Nome) \_\_\_\_\_

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

iscritta all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_

ha **INIZIATO** a svolgere attività di Collaboratore presso questa Farmacia/Es.Comm. dal giorno (gg/mm/Aaaa):

\_\_\_\_\_

a tempo pieno  a tempo parziale (**specificare ore/settimana**): \_\_\_\_\_ / settimana

ha **CESSATO** di svolgere la propria attività di Collaboratore presso questa Farmacia/Es.Comm, con ultimo giorno lavorativo il giorno (gg/mm/Aaaa): \_\_\_\_\_

ha **VARIATO** l'orario di lavoro dal giorno (gg/mm/Aaaa):

orario precedente (**specificare ore/settimana**): \_\_\_\_\_ / settimana

orario **attuale** (**specificare ore/settimana**): \_\_\_\_\_ / settimana

In caso di prestazione di lavoro occasionale ( per es. libera professione) specificare periodo lavorativo e totale ore/giorni di lavoro nel periodo: \_\_\_\_\_

dal giorno (gg/mm/Aaaa): \_\_\_\_\_ Al giorno (gg/mm/Aaaa): \_\_\_\_\_

per tot giorni\*: \_\_\_\_\_ e/o per Tot. ore: \_\_\_\_\_

\* In caso di prestazione orarie variabili si inviata ad allegare prospetto riepilogativo con dettaglio delle ore per ciascuna giornata – vedi Allegato 1 -.

Data.....

Timbro e Firma titolare/direttore

.....

