

Al Responsabile del  
Servizio Farmaceutico  
della A.S.L. N° .....

.....

e.p.c.

Al Presidente  
dell'Ordine Interprovinciale dei Farmacisti  
di Sassari e Olbia-Tempio

### **COLLABORAZIONE IN FARMACIA**

Con la presente Vi comunico di avere in servizio, presso la mia Farmacia sita in .....  
Via ....., il Dott. /la Dott.ssa .....  
nato/a a .....il..... residente a.....  
Via.....  
iscritto/a all'Albo dei Farmacisti della Provincia di ....., assunto/a in data  
..... fino al ..... con la qualifica di .....  
con il seguente orario di lavoro.....

**Il Titolare della Farmacia  
Timbro e Firma**

....., li.....