

Farmacia/Parafarmacia

\_\_\_\_\_  
(timbro/denominazione)

**Al Responsabile S.S. Farmacia Territoriale  
Azienda USL Valle d'Aosta**  
Via Guido Rey, n. 1  
11100 AOSTA  
[protocollo@pec.ausl.vda.it](mailto:protocollo@pec.ausl.vda.it)

**Comunicazione di variazione contratto di lavoro Farmacista nelle Farmacie/Parafarmacie**

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ titolare/direttore/gestore

provvisorio della Farmacia/Parafarmacia \_\_\_\_\_

sita in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

del Comune di \_\_\_\_\_

**COMUNICA**

che il/la Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

- HA VARIATO IL CONTRATTO DI LAVORO IN ESSERE** presso la Farmacia/Parafarmacia di cui sopra in qualità di Farmacista collaboratore

**in data** \_\_\_\_\_

- a tempo pieno**
- part-time** ..... (indicare il numero di ore settimanali)

IL FARMACISTA COLLABORATORE \_\_\_\_\_

IL FARMACISTA TITOLARE/DIRETTORE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

(Luogo)

(Data)