

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** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
lì \_\_\_\_\_  
(Luogo) (Data)