

Al Responsabile
del Servizio Farmaceutico Territoriale
Azienda Sanitaria Locale di Matera
Via Montescaglioso
75100 MATERA

Oggetto: Richiesta certificato di servizio.

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa _____
nato/a a _____ il ___/___/___ cod. fiscale _____
residente a _____ Prov. ___ in Via _____ n. ___
iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti della provincia di _____
al n. _____ dal ___/___/___

CHIEDE

il rilascio di n. ___ certificati attestanti il servizio prestato in qualità di farmacista nell'ambito della ASL della provincia di Matera, da utilizzare esclusivamente nei rapporti tra privati ai sensi dell'art. 15 L.183/2011.

Luogo e data

Firma

_____, ___/___/___

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 l'istanza è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.