

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.