



Al Direttore
dell'U.O.C. Farmacia 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 in carta libera/legale per uso _____
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

_____, __/__/____
