

**MUSTER FÜR DIE AN- BZW.
ABMELDUNG DER APOTHEKER-
MITARBEITER**

**MODELLO PER LA COMUNICA-
ZIONE DELL'INIZIO E DELLA
CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI
LAVORO DEI FARMACISTI
COLLABORATORI**

An die
Autonome Provinz Bozen
Abteilung Gesundheitswesen
Amt für Gesundheitsprengel 23.2
Kanonikus Michael Gamper Strasse 1
39100 **BOZEN**
Tel. 0471 418070 - Fax 0471 418099

Alla
Provincia Autonoma di Bolzano
Ripartizione Sanità
Ufficio Distretti Sanitari 23.2
Via Canonico Michael Gamper 1
39100 **BOLZANO**
Tel. 0471 418070 - Fax 0471 418099

Hiermit teile ich Ihnen

den Beginn

das Ende

des Arbeitsverhältnisses des unten angeführten
Apotheker-Mitarbeiters mit:

Con la presente comunico

l'inizio

la cessazione

del rapporto di lavoro del farmacista collaborato-
re sotto elencato:

Ministerialdekret 09.03.2012/Decreto Ministeriale 09.03.2012

Vorname

Nome

Familiennamen

Cognome

Geburtsdatum/ Geburtsort

Data di nascita/ Luogo di nascita

Steuernummer

Codice Fiscale

Eintragung in das Berufsverzeichnis

Iscrizione all'albo professionale

(Datum und Provinz* - data e provincia *)

Beginn des Arbeitsverhältnisses
Inizio del rapporto di lavoro

(Datum – data)

part-time angeben – indicare _____ %

Ende des Arbeitsverhältnisses
Cessazione del rapporto di lavoro

(Datum – data)

STEMPEL DES HANDELSBETRIEBES
TIMBRO DELL'ESERCIZIO COMMERCIALE

Unterschrift Inhaber/in des Handelsbetriebes
Firma titolare dell'esercizio commerciale

Datum – Data

* Im Falle einer Eintragung nicht in der Provinz Bozen, Kopie der Eintragungsbestätigung beilegen.
In caso di iscrizione non in provincia di Bolzano, allegare copia del certificato d'iscrizione.