

Al Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de A Coruña,

D.ª/D. con DNI nº, farmacéutica/o
TITULAR/REGENTE/SUSTITUTA/O de la oficina de farmacia C--F, con Nº de Colegiada/o
en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de A Coruña, DECLARO que:

Designo a D.ª/D., mayor de
edad, con DNI nº para su ejercicio profesional como:

	ADJUNTA/O en la oficina de farmacia bajo mi titularidad.
	SUSTITUTA/O en jornada COMPLETA en la oficina de farmacia bajo mi titularidad.

Con el compromiso de la presentación ante el Colegio Oficial de Farmacéuticos de A Coruña, del
contrato de trabajo en un plazo máximo de 8 días, a contar a partir del día siguiente de la fecha
de contratación.

En a de de

Firma Farmacéutica/o TITULAR/REGENTE/SUSTITUTA/O