

INDENNITA' QUADRI PER FARMACISTI

Il / La sottoscritto / a.....

Nato / a provincia di.....

Residente a provincia di.....

In Via / Piazzan°.....cap.....

C/F.....

Dichiara di aver diritto, ai fini della indennità quadri, ad una anzianità pari a mesi.....

Data.....

Firma.....