



AL COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE PONTEVEDRA

D/D^a _____ con DNI _____,
farmacéutico/a TITULAR/REGENTE/SUSTITUTO de la farmacia PO-_____-F, DECLARO:

que en este momento no dispongo del contrato de trabajo firmado con el trabajador
D/D^a _____, COMPROMETIÉNDOME a su
presentación en un plazo no superior a 8 días.

_____, _____ de _____ de _____.

Fdo.: