

Farmacia _____
Codice regionale _____
Comune _____

Spett.le ASP di Catanzaro
Direttore U.O. C. Assistenza Farmaceutica Territoriale

Via _____

Oggetto: Cessazione farmacista Collaboratore/Pratica professionale.

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____ Titolare/
Direttore della Farmacia _____ sita in
_____ Provincia di Catanzaro
Via _____, n. _____ comunica che il Dott./Dott.ssa
_____ ha cessato il servizio presso questa farmacia, in
qualità di farmacista collaboratore /praticante _____, a partire dal giorno _____.

Distinti saluti.

Luogo _____

Data _____

Firma Il Titolare /Direttore della farmacia

Il Farmacista collaboratore /praticante _____