

Farmacia _____

Codice regionale _____

Comune _____

Spett.le ASP di Catanzaro
U.O. Assistenza farmaceutica/Farmaceutica Territoriale

Via _____

E, p.c. Ordine Provinciale dei Farmacisti Catanzaro
Via Italia, 81

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 collaboratore ___ / praticante ___ a partire dal giorno _____ .

Distinti saluti.

Luogo _____

Data _____

Firma Il Titolare ___ / Direttore ___ della farmacia

Il Farmacista collaboratore _____ Praticante _____
