

Farmacia _____

Codice regionale _____

Comune _____

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

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

Oggetto: Cessazione Attività Farmacista Collaboratore/Pratica professionale ex L. 892/1984.

Il/La sottoscritto/a _____

Legale Rappresentante 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 _____ / attività pratica professionale ex L. 892/1984 _____

a far data dal _____.

Distinti saluti.

Luogo _____

Data _____

Firma

Il Legale Rappresentante

Il Farmacista collaboratore _____ Praticante _____
