

Al DIRETTORE GENERALE
DELL'ASL _____

E, p.c. All' ORDINE DEI FARMACISTI
DELLE PROVINCE DI BIELLE E VERCELLI
Via A.Bodo, 16
13100 – V E R C E L L I

Oggetto: Comunicazione di cessazione dal servizio di personale laureato di farmacia.

Il/La sottoscritto/a Dott. _____

Titolare/Direttore della Farmacia _____

sita a _____ Via _____ n. _____

D I C H I A R A

che il/la Dott: _____

a far data dal _____ *cesserà* il proprio
rapporto di collaborazione con questa farmacia.

In fede.

firma

Il/la sottoscritto/a _____

per presa visione _____

firma