

COMUNICAZIONE CESSAZIONE COLLABORATORE FARMACISTA

AL RESPONSABILE
S.S. FARMACEUTICA TERRITORIALE
ASL BI
VIA DEI PONDERANESI, 2
13875 PONDERANO

Il sottoscritto Dr. , in qualità di

Titolare

Direttore

della Farmacia (*denominazione*)

sita in Via

nel Comune di

prov. BI

COMUNICA

che in data è cessato il rapporto di lavoro

con Il/la Dr/Dr.ssa

nato/a a

il

Data:

Firma

(firma per esteso e leggibile)