

COMUNICAZIONE CESSAZIONE COLLABORATORE FARMACISTA

**Al Responsabile della S.S.
Farmaceutica Territoriale - ASL BI
Dr.ssa Laura Pivano Sidro
Via Dei Ponderanesi, 2
19875 Ponderano (BI)**

Il/La sottoscritt__ Dr. _____, titolare della
farmacia _____ sita in
_____, Via _____,

COMUNICA

che in data ___ / ___ / _____ è cessato il rapporto di lavoro con Il/la Dr/Dr.ssa.
_____, nat__ a _____ ,
il ___ / ___ / _____.

_____, ___ / ___ / _____

Firma _____
(firma per esteso e leggibile)