



Timbro Farmacia

Spett.le
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE
DI REGGIO EMILIA
DIPARTIMENTO PER L'ASSISTENZA FARMACEUTICA
VIA MONTI URALI, 74/3
42122 REGGIO EMILIA

e.p.c. ORDINE DEI FARMACISTI DI REGGIO EMILIA
via piccard, 16/G
42124 REGGIO EMILIA

OGGETTO: CESSAZIONE RAPPORTO LAVORO COLLABORATORE

Il sottoscritto Dr. _____ titolare/Direttore della
Farmacia _____ ubicata in Via _____
a _____

COMUNICA

Con la presente che il Dr./Dr.ssa _____ nato/a a _____
il _____ da me assunto in qualità di Farmacista collaboratore il _____
Iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti della provincia di _____
al n° _____ dal _____ non presta più servizio presso questa Farmacia dal giorno _____.

Reggio Emilia,.....

(timbro Farmacia e
Firma titolare/Direttore)