COMUNICAZIONE CESSAZIONE DAL SERVIZIO

Azienda ASL di Empoli
U.O. Farmaceutica Territoriale
Via Provinciale Pisana – Pieve a Ripoli
50053 Empoli
=====

Il / La sottoscritto /a Dr. / Dr.ssa.....

Titolare/Legale rappresentante della Farmacia .....

Codice Regionale.....Sita nel Comune di.....

In Via/Piazza.....N°.....

Comunica che il Dr./ la Dr.ssa.....

Assunto / a il .....ha terminato il rapporto di lavoro presso questa

Farmacia il .....

Luogo e data.....

Firma del Farmacista

Firma del Titolare / Legale Rappresentante

.....

.....