

Modello n° 2 - Dichiarazione di cessazione dell'attività di collaborazione

Data

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MANTOVA
Servizio Farmaceutico Territoriale
Via dei Toscani, 1
46100 MANTOVA

ORDINE DEI FARMACISTI
Via Marangoni, 18
46100 MANTOVA

FARMA

del Comune di

Il sottoscritto Drtitolare della farmacia sopra indicata

comunica che

dal..... Il farmacista:

(Cognome Nome).....

nato a (Comune Provincia)..... il

ha cessato l'attività presso questa farmacia.

Distinti saluti

.....

(firma del Titolare e timbro della farmacia)