

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	Cessazione collaboratore Farmacia (FT.MO.2337.01).doc
		pag1/1

AL DIRETTORE GENERALE
 DELL'ASL "VC"
 C.so Mario Abbiate, 21
 13100 VERCELLI

E p.c.

ALL'ORDINE DEI FARMACISTI
 della Provincia di _____

Oggetto: Comunicazione di cessazione dal servizio di personale laureato di farmacia.

Il/La sottoscritto/a _____
 in qualità di _____ della Farmacia _____
 Sita in _____ Via _____ n. _____

DICHIARA

che il/la Dott: _____

a far data dal _____

cesserà il proprio rapporto di collaborazione con questa farmacia in qualità di Direttore/Collaboratore

 (data)

 firma

Il/La sottoscritto/a _____

Per presa visione _____

Firma

Stesura: Dr.ssa Rossana Monciino	Verifica: Dr.ssa Antonietta Barbieri	Autorizzazione: Dr.ssa Antonietta Barbieri	Emissione: Dr.ssa Rossana Monciino
<i>Dirigente Farmacista SC Farmaceutica Territoriale – Marzo 2019</i>	<i>Direttore ff SC Farmaceutica Territoriale – Marzo 2019</i>	<i>Direttore ff SC Farmaceutica Territoriale – Marzo 2019</i>	<i>Dirigente Farmacista SC Farmaceutica Territoriale – Marzo 2019</i>
<i>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.</i>			