

FARMACIA

SEDE \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

Spett.le Area Gestione Servizio Farmaceutico ASL BR  
Piazza Di Summa  
72100 Brindisi  
Pec: farmaceutica.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it

e p.c. All'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Brindisi  
Via Filomeno Consiglio 40  
72100 Brindisi  
Pec: ordinefarmacistibr@pec.fofi.it

Oggetto: Comunicazione cessazione attività di Farmacista Collaboratore.

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_, legale rappresentante della  
Farmacia \_\_\_\_\_  
con sede a \_\_\_\_\_ alla via/piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_,

### COMUNICA

che il/la Dr/Dr.ssa \_\_\_\_\_,  
iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei Farmacisti di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ con il numero \_\_\_\_\_,  
in servizio presso la suddetta Farmacia dal \_\_\_\_\_

ha cessato l'attività di collaboratore a far data dal \_\_\_\_\_

Distinti saluti.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Timbro e firma