

	S.C. FARMACEUTICA TERRITORIALE TEL. 011 6484823 pec: protocollo@cert.aslto5.piemonte.it	CESSAZIONE FARMACISTA COLLABORATORE (FT 0726).doc pag 1/1
---	---	---

Alla c.a. Direttore S.C. Farmaceutica Territoriale ASL TO5
E p.c. Ordine Farmacisti della Provincia di Torino

OGGETTO: Cessazione Farmacista Collaboratore.

Il/La sottoscritto/a _____

in qualità di ☐ Titolare ☐ Direttore ☐ Rappresentante legale

della Farmacia _____

sita a _____ in Via _____ n. _____

ai sensi dell'art. 12 del D.P.R. n. 1275 del 21/08/1971

COMUNICA che

a far data dal _____ Il/la Dott/Dott.ssa _____

ha cessato la propria attività lavorativa con questa farmacia in qualità di Collaboratore.

Distinti saluti

data

firma

Si allega copia fotostatica, firmata in originale, di un documento d'identità dei sottoscrittori.

1	Luglio 2026	aggiornamento	Direttore S.C. Farmaceutica Territoriale
0	Settembre 2024	stesura	Dott.ssa CANDIDO Carmela Maria
Rev	Data	Descrizione	Verifica/Approvazione
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE TO5 E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.			