

All'ASP di Agrigento
Dipartimento del Farmaco
Area Gestione del Farmaco
U.O.S Vigilanza Farmacie
Viale della Vittoria 321

92100AGRIGENTO

Oggetto: comunicazione cessazione attività di farmacista praticante.

Si comunica che in data.....il/la Dr./Dr.ssa
nato/a..... il.....a.....residente.....Via.....iscritto/a all'Ordine dei
Farmacisti della Prov. di al n°..... ha cessato l' attività di **farmacista
praticante ai sensi dell'art. 6,comma2 L. 892/84** presso questa farmacia dal..... .

il Titolare o Direttore Responsabile della
Società

Timbro e firma

Per accettazione

ILDr./La Dr.ssa

.....