

**Modulo n° 13 - Dichiarazione di cessazione dell'attività di collaborazione**

Data .....

All' ATS DELLA VAL PADANA  
Servizio farmaceutico

All'ORDINE DEI FARMACISTI PROVINCIALE

Il sottoscritto Sig./Dott..... Titolare/ Legale Rappresentante  
dell'esercizio sopra indicato

**comunica che**

dal.....il farmacista:

(Cognome Nome) .....

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

ha cessato l'attività.

Distinti saluti

.....

(firma del Titolare/Legale Rappr.e timbro dell'esercizio)