Class. 02.09.03

|  |  |
| --- | --- |
|  | Spett.le  Agenzia Tutela della Salute Città Metropolitana di Milano  UOC Vigilanza Farmaceutica  UOS Vigilanza Ispettiva Farmaceutica (specificare articolazione territoriale) |

|  |
| --- |
| Se trasmissione a mezzo PEC:  **protocollogenerale@pec.ats-milano.it**  **OGGETTO: Comunicazione di cessazione attività di farmacista.**  (D.P.R. 21.08.1971 n. 1275 art. 12; Circ. Reg. n. 14 del 7 febbraio 1985 e n. 9 del 6 aprile 1987) |
|  |

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ titolare/legale rappresentante/gestore provvisorio della farmacia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sede n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ubicata in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**COMUNICA**

che dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il/la Dott./Dott. ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a suo tempo segnalato/a a codesta UOS,

* non presta più la propria attività presso questa farmacia iniziata in data \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_;
* ha terminato il biennio di pratica professionale per l’idoneità alla titolarità iniziato in data \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_.

Distinti saluti.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (Luogo e data) |  | (Firma del Farmacista Titolare/legale rappresentante) |