

COMUNICAZIONE CESSAZIONE RAPPORTO

e,p.c. Ordine Farmacisti Provincia di Rovigo
ordinefarmacistiro@pec.fofi.it

Cognome	Nome

Denominazione:			
Numero:		Comune/Località:	
Indirizzo:			N°

COMUNICA

Cognome	Nome

Diagram illustrating the structure of the data fields:

- Data di Nascita**: A single rectangular box representing the date of birth.
- Codice Fiscale**: A row of 15 smaller rectangular boxes, representing the 15-digit tax code.

CESSA l'attività presso la farmacia a far data dal ____/____/____

DATA.....

TIMBRO E FIRMA