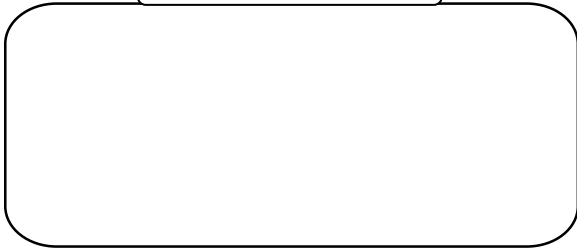


timbro FARMACIA



Spettabile

Ordine dei Farmacisti

della provincia di Agrigento

a mezzo Fax al n° 0922553981

Oggetto: Richiesta variazione ferie.

_____ sottoscritt _____ Dott. _____

titolare/direttore della farmacia in intestazione,

CHIEDE

di autorizzare la variazione al proprio periodo di ferie, che sarà usufruito dal

___/___/2018 al ___/___/2018

e non più dal ___/___/2018 al ___/___/2018

come richiesto in precedenza.

Tale richiesta è dovuta a _____.

Distinti saluti.

_____/_____
(luogo) (data)

Timbro e firma