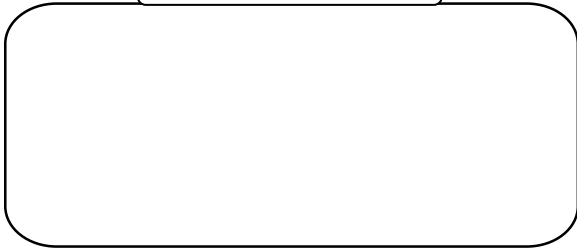


timbro FARMACIA



Spettabile

Ordine dei Farmacisti

della provincia di Agrigento

e-mail info@ordinefarmacisti.ag.it

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

____/____/2019 al ____/____/2019

e non più dal ____/____/2019 al ____/____/2019

come richiesto in precedenza.

Tale richiesta è dovuta a _____.

Distinti saluti.

(luogo) _____ (data)

Timbro e firma