

timbro FARMACIA

Oggetto: Rinuncia parziale ferie.

Spettabile

Ordine dei Farmacisti

della provincia di Agrigento

e-mail info@ordinefarmacisti.ag.it

a mezzo Fax al n° 0922 55 39 81

_____ sottoscritt_____ Dott. _____

titolare/direttore della farmacia in intestazione, ai sensi del comma **8**, articolo **11**, della Legge n° **27** del **24 marzo 2012**, con la presente,

COMUNICA

di rinunciare al **primo periodo** di ferie previste

dal ____/____/____ al ____/____/____

Distinti saluti.

_____, ____/____/____
(luogo) (data)

timbro e firma