



A.S.L. TO5

Azienda Sanitaria Locale
di Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino

**STRUTTURA COMPLESSA
FARMACEUTICA TERRITORIALE**

TEL. 011 6484823 – 824

e.mail: sft@aslto5.piemonte.it

CAMBIO ORARIO FARMACIA
(FT.MO.0924).doc

pag 1/1

**Alla c.a. DIRETTORE
S.C. FARMACEUTICA TERRITORIALE ASL TO5
VIA VITTIME DI BOLOGNA, 20
10024 MONCALIERI (TO)**

OGGETTO: RICHIESTA CAMBIO ORARIO FARMACIA.

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____
Titolare/Direttore della Farmacia _____
del Comune di _____ ubicata in Via/P.za _____

COMUNICA

che la Farmacia _____
a partire dal _____ e fino al _____

seguirà i seguenti orari:

	MATTINO	POMERIGGIO
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		

data _____

firma del Titolare/Direttore

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs 82/2005 s.m.i.
e norme collegate, il quale sostituisce il cumento cartaceo e la firma autografa

N.B. Il modulo compilato dovrà pervenire all'indirizzo email sft@aslto5.piemonte.it

Autorizzazione: Dott.ssa Carmela Maria CANDIDO Direttore S.C. Farmaceutica Territoriale Settembre 2024	Emissione: Dr.ssa Carmen ROSATO Funzionario S.C. Farmaceutica Territoriale Settembre 2024
---	--

QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE TO5 E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.