

 A.S.L. TO5 Azienda Sanitaria Locale di Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino	S.C. FARMACEUTICA TERRITORIALE TEL. 011 6484823 pec: protocollo@cert.aslto5.piemonte.it	RICHIESTA CHIUSURA URGENTE FARMACIA (FT.0725).doc
		pag 1/1

Alla c.a. DIRETTORE
S.C. FARMACEUTICA TERRITORIALE
ASL TO5

OGGETTO: Comunicazione chiusura straordinaria farmacia per necessità urgente e manifesta.

Il/La sottoscritt _____ Dott/ Dott.ssa _____

in qualità di Titolare Direttore Rappresentante legale

della Farmacia _____

sita a _____ in Via _____ n. _____

COMUNICA

la chiusura straordinaria della farmacia per urgente e manifesta necessità

nel giorno/i _____ dalle h. _____ alle h. _____

per i seguenti eventi contingenti, di inderogabile necessità e con caratteristiche di assoluta eccezionalità:

(es lutto in famiglia / interruzione energia elettrica per lavori pubblici / lavori di ristrutturazione locali farmacia / eventi atmosferici straordinari / incendio/ situazioni di pericolo dei locali /furto o rapina/etc.)

di cui si allega idonea documentazione.

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28.12.2000 e dall'art. 495 del c.p., dichiara sotto la propria responsabilità:

- l'impossibilità alla sostituzione del direttore/titolare nei casi previsti dalla legge 362/1991, art. 11
- che in tale periodo la Farmacia non sarà di turno di guardia farmaceutica
- che il servizio sarà assicurato dalle Farmacie limitrofe

Distinti saluti

(data)

(firma del richiedente)

Ai sensi dell'art. 38 del DPR n. 445/2000, la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta alla presenza del dipendente addetto a riceverla ovvero la richiesta sia presentata unitamente a copia fotostatica, firmata in originale, di un documento d'identità del sottoscrittore.