

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

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

OGGETTO: RICHIESTA AUTORIZZAZIONE CHIUSURA PER FERIE.

Il/La sottoscritt _____ Dott/ Dott.ssa _____

in qualità di Titolare Direttore Rappresentante legale

della Farmacia _____

sita a _____ in Via _____ n. _____

CHIEDE

l'autorizzazione alla chiusura per ferie non già autorizzate da provvedimento ASL

dal giorno _____ al giorno _____ per un totale di giorni n. _____

A tal fine dichiara:

- che le farmacie più vicine aperte nel periodo in questione sono le farmacie:

- che nell'anno in corso la farmacia rimarrà chiusa per ferie per un numero di giorni complessivamente non superiore a venticinque;
- che non è di turno di guardia farmaceutica nel periodo in questione
 è di turno di guardia farmaceutica nel periodo in questione e pertanto verrà sostituita dalla farmacia _____

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.