

 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 PER FERIE (FT.0725).doc pag 1/1
--	---	--

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

OGGETTO: RICHIESTA AUTORIZZAZIONE CHIUSURA PER CAMBIO 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 cambio ferie della farmacia

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

ANZICHÈ COME GIÀ AUTORIZZATO

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

per la seguente motivazione: _____

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.

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