

 <b>A.S.L. T05</b> Azienda Sanitaria Locale di Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino	<b>S.C. FARMACEUTICA TERRITORIALE</b> <b>TEL. 011 6484823</b> pec: <a href="mailto:protocollo@cert.aslto5.piemonte.it">protocollo@cert.aslto5.piemonte.it</a>	RICHIESTA CHIUSURA PER FERIE (FT.0725).doc
		pag 1/1

**Alla c.a. DIRETTORE**  
**S.C. FARMACEUTICA TERRITORIALE**  
**ASL T05**

**OGGETTO: RICHIESTA AUTORIZZAZIONE APERTURA FARMACIA PER REVOCA FERIE.**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ Dott/ Dott.ssa \_\_\_\_\_

in qualità di     Titolare             Direttore             Rappresentante legale

della Farmacia \_\_\_\_\_

sita a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

la revoca delle ferie precedentemente richieste ed autorizzate, dal giorno \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_

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 T05 E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.*