

	S.C. FARMACEUTICA TERRITORIALE TEL. 011 6484823 pec: protocollo@cert.aslto5.piemonte.it	CAMBIO TURNO APERTURA FARMACIA (FT 0726)
		pag 1/1

Alla c.a. Direttore S.C. Farmaceutica Territoriale ASL TO5

E p.c. Ordine Farmacisti della Provincia di Torino

Associazione Titolari Farmacisti della Provincia di Torino

Sindaco Comune di _____

OGGETTO: Richiesta cambio turno di servizio di guardia/apertura di appoggio.

Il/La sottoscritto/a _____

in qualità di ☐ Titolare ☐ Direttore ☐ Rappresentante legale

della Farmacia _____

sita a _____ in Via _____ n. _____

E

Il/La sottoscritto/a _____

in qualità di ☐ Titolare ☐ Rappresentante legale

della Farmacia _____

sita a _____ in Via _____ n. _____

**RISPETTO AL CALENDARIO TURNI APPROVATO
COMUNICANO**

la modifica dell'espletamento del turno di servizio di guardia/apertura di appoggio come di seguito:

<i>In data</i>	<i>sarà di turno la Farmacia</i>	<i>al posto della Farmacia</i>

<i>In data</i>	<i>sarà di turno la Farmacia</i>	<i>al posto della Farmacia</i>

data _____

_____ *firma*

_____ *firma*

Si allega copia fotostatica, firmata in originale, di un documento d'identità dei sottoscrittori.

1	Luglio 2026	aggiornamento	Direttore S.C. Farmaceutica Territoriale
0	Settembre 2024	stesura	Dott.ssa CANDIDO Carmela Maria
Rev	Data	Descrizione	Verifica/Approvazione
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE TO5 E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.			