

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

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

E p.c. Sindaco Comune di _____

Ordine Farmacisti della Provincia di Torino

Associazione Titolari Farmacisti della Provincia di Torino

OGGETTO: Comunicazione orario farmacia.

Il/La sottoscritto/a _____

in qualità di ☐ Titolare ☐ Direttore ☐ Rappresentante legale

della Farmacia _____

sita a _____ in Via _____ n. _____

PROPONE

a partire dal _____ e fino al _____

i seguenti orari di apertura al pubblico:

	MATTINO	POMERIGGIO
LUNEDÌ		
MARTEDÌ		
MERCOLEDÌ		
GIOVEDÌ		
VENERDÌ		
SABATO		

Ai sensi degli art. 12 e 13 della L.R. 21/1991 e all'art. 11 comma 8 del D.L. 1/2012 convertito c.m. dalla L. 27/2012, l'orario minimo di apertura da rispettare è di 7 ore e mezzo al giorno (turni di guardia esclusi). Le farmacie non in servizio per turno possono restare chiuse la domenica e i festivi infrasettimanali ed inoltre un giorno intero o 2 mezze giornate alla settimana.

_____ data

_____ firma

Si allega copia fotostatica, firmata in originale, di un documento d'identità del sottoscrittore.

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.			