

	S.C. FARMACEUTICA TERRITORIALE TEL. 011 6484823 pec: protocollo@cert.aslto5.piemonte.it	RICHIESTA CHIUSURA PER FERIE (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 autorizzazione chiusura per ferie.

Il/La sottoscritto/a _____

in qualità di ☐ Titolare ☐ Direttore ☐ Rappresentante legale

della Farmacia _____

sita a _____ in Via _____ n. _____

CHIEDE

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

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

A tale 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 25 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

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

1	Luglio 2026	aggiornamento	Direttore S.C. Farmaceutica Territoriale
0	Luglio 2025	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.			