

	S.C. FARMACEUTICA TERRITORIALE TEL. 011 6484823 pec: protocollo@cert.aslto5.piemonte.it	RICHIESTA REVOCA 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 apertura farmacia per revoca ferie.

Il/La sottoscritto/a _____

in qualità di ☐ Titolare ☐ Direttore ☐ Rappresentante legale

della Farmacia _____

sita a _____ in Via _____ n. _____

CHIEDE

la revoca della chiusura per ferie precedentemente richieste ed autorizzate

dal giorno _____ al giorno _____

per la seguente motivazione _____.

Pertanto la farmacia nei suddetti giorni rimarrà aperta.

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 Dott.ssa CANDIDO Carmela Maria
0	Luglio 2025	stesura	
Rev	Data	Descrizione	Verifica/Approvazione
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE TO5 E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.			