

	S.C. FARMACEUTICA TERRITORIALE TEL. 011 6484823 pec: protocollo@cert.aslto5.piemonte.it	RICHIESTA VARIAZIONE 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 modifica 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

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

ANZICHÉ

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

per la seguente motivazione: _____

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.			