

|                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                          |                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|  <p><b>A.S.L. TO5</b><br/>Azienda Sanitaria Locale di<br/>Chieri, Carmagnola,<br/>Moncalieri e Nichelino</p> | <p align="center"><b>S.C. FARMACEUTICA TERRITORIALE</b></p> <p align="center">TEL. 011 6484823</p> <p align="center">pec: <a href="mailto:protocollo@cert.aslto5.piemonte.it">protocollo@cert.aslto5.piemonte.it</a></p> | <p>RICHIESTA CHIUSURA URGENTE FARMACIA<br/>(FT.0726)</p> |
|                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                          | <p align="center">pag 1/1</p>                            |

**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: Comunicazione chiusura straordinaria farmacia per necessità urgente e manifesta.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in qualità di ☐ Titolare ☐ Direttore ☐ Rappresentante legale

della Farmacia \_\_\_\_\_

sita a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

### COMUNICA

**la chiusura straordinaria della farmacia per urgente e manifesta necessità**

nel giorno/i \_\_\_\_\_ dalle h. \_\_\_\_\_ alle h. \_\_\_\_\_

per i seguenti eventi contingenti, di inderogabile necessità e con caratteristiche di assoluta eccezionalità:

*(es lutto, interruzione energia elettrica, ristrutturazione locali farmacia, eventi atmosferici straordinari, incendio, situazioni di pericolo dei locali)*

\_\_\_\_\_ di cui si allega idonea documentazione.

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28.12.2000 e dall'art. 495 del c.p., dichiara sotto la propria responsabilità:

- l'impossibilità alla sostituzione del direttore/titolare nei casi previsti dalla legge 362/1991, art. 11
- che in tale periodo la Farmacia non sarà di turno di guardia farmaceutica
- che il servizio sarà assicurato dalle Farmacie limitrofe

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           |
| <b>Rev</b>                                                                                                                   | <b>Data</b> | <b>Descrizione</b> | <b>Verifica/Approvazione</b>             |
| QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE TO5 E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE. |             |                    |                                          |