All’ORDINE DEI FARMACISTI

DELLE PROVINCE DI VERCELLI E BIELLA

Via A.Bodo, 16

13100 - V E R C E L L I

All’ASSOCIAZIONE TITOLARI DI FARMACIA

DELLE PROVINCE DI BIELLA E VERCELLI

Via A.Bodo, 16

13100 - V E R C E L L I

Alla SC Farmaceutica Territoriale ASL VC

p.c.

Al Sig.SINDACO del COMUNE di

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OGGETTO: richiesta autorizzazione chiusura per cambio ferie.**

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa titolare/direttore della farmacia del Comune di

, ubicata in Via/P.za

C H I E D E

l’autorizzazione alla chiusura per ferie della farmacia

dal giorno al giorno , per un totale di giorni n. , INVECE

che dal giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per un totale di giorni n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

COME GIÀ AUTORIZZATO, per la seguente motivazione:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

In attesa di cortese riscontro, porge cordiali saluti.

data

*firma del Titolare/Direttore*