

All' ORDINE DEI FARMACISTI
DELLE PROVINCE DI VERCELLI E BIELLA
Via A.Bodo, 16
13100 - V E R C E L L I
(fax 0161.605417)

All' ASSOCIAZIONE TITOLARI DI FARMACIA
DELLE PROVINCE DI BIELLA E VERCELLI
Via A.Bodo, 16
13100 - V E R C E L L I
(fax 0161.251155)

Al SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE
dell' A.S.L.di _____

e p.c. Al Sig.SINDACO del COMUNE di

OGGETTO: richiesta autorizzazione chiusura per 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. _____,
per la seguente motivazione _____.

In attesa di cortese riscontro, porge cordiali saluti.

data _____

firma del Titolare/Direttore