

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 cambio turno di servizio di guardia/apertura di appoggio.

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____
titolare/direttore della farmacia _____
del Comune di _____, ubicata in Via/P.za _____

e il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____
titolare/direttore della farmacia _____
del Comune di _____, ubicata in Via/P.za _____

CHIEDONO

l'autorizzazione a modificare l'espletamento del turno di servizio di guardia/apertura di appoggio
per la seguente motivazione _____
come di seguito specificato:

specificare la denominazione della farmacia ed il comune

<i>data</i>	<i>sarà di turno la Farmacia</i>	<i>al posto della Farmacia</i>

<i>data</i>	<i>sarà di turno la Farmacia</i>	<i>al posto della Farmacia</i>

In attesa di cortese riscontro, porgono cordiali saluti.-

data _____

firma del Titolare/Direttore

firma del Titolare/Direttore