

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 modifica 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. \_\_\_\_\_,

**I N V E C E**

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

COME GIA' AUTORIZZATO, per la seguente motivazione: \_\_\_\_\_.

In attesa di cortese riscontro, porge cordiali saluti.

data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma del Titolare/Direttore*