

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

Al Direttore della S.S. Farmaceutica Territoriale ASL BI

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. _____.

In attesa di cortese riscontro, porge cordiali saluti.

data _____

firma del Titolare/Direttore