

ALL'ORDINE DEI FARMACISTI
DELLE PROVINCE DI VERCELLI E BIELLA
Via A. Bodo, 16
13100- VERCELLI

ALL'ASSOCIAZIONE TITOLARI DI FARMACIA
DELLE PROVINCE DI BIELLA E VERCELLI
Via A. Bodo, 16
13100- VERCELLI

Alla S.S. Farmaceutica Territoriale ASL BI

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 _____

CHIEDE

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 GIA'
AUTORIZZATO, per la seguente motivazione: _____.

In attesa di cortese riscontro, porge cordiali saluti.

Data _____

Firma del Titolare/Direttore
