

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	Richiesta modifica ferie (FT.MO.2348.02).doc
		pag1/1

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

Alla SC Farmaceutica Territoriale ASL VC

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 _____

C H I E D E

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 GIÀ AUTORIZZATO, per la seguente motivazione: _____

In attesa di cortese riscontro, porge cordiali saluti.

data _____

firma del Titolare/Direttore

Stesura: Dr.ssa Rossana Monciino	Verifica: Dr.ssa Antonietta Barbieri	Autorizzazione: Dr.ssa Antonietta Barbieri	Emissione: Dr.ssa Rossana Monciino
<i>Dirigente Farmacista SC Farmaceutica Territoriale – Aprile 2020</i>	<i>Direttore ff SC Farmaceutica Territoriale – Aprile 2020</i>	<i>Direttore ff SC Farmaceutica Territoriale – Aprile 2020</i>	<i>Dirigente Farmacista SC Farmaceutica Territoriale – Aprile 2020</i>
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.			