

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>MODULO</b>	Richiesta revoca ferie (FT.MO.4337.00).docx
		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 apertura per revoca 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**

La revoca delle ferie precedentemente richieste ed autorizzate, dal giorno \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_,  
 per la seguente motivazione: \_\_\_\_\_.

In attesa di cortese riscontro, porge cordiali saluti.

data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*firma del Titolare/Direttore*

Stesura:	Verifica:	Autorizzazione:	Emissione:
Clemente Gatti - Coadiutore Amministrativo SC Farmaceutica Territoriale Maggio 2025	Antonietta Barbieri - Direttore SC Farmaceutica Territoriale Maggio 2025	Antonietta Barbieri - Direttore SC Farmaceutica Territoriale Maggio 2025	Antonietta Barbieri - Direttore SC Farmaceutica Territoriale Maggio 2025

**QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.**