

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>MODULO</b>	Richiesta modifica orari dispensario (FT.MO.4352.00).docx
		pag1/1

Al Sig. Sindaco  
del Comune di \_\_\_\_\_, ( )

e, p.c. Alla S.C. Farmaceutica Territoriale ASL VC

All'Ordine dei Farmacisti delle province di  
Biella e Vercelli

All'Associazione Titolari Farmacia delle  
province di Biella e Vercelli

**OGGETTO: proposta orario apertura dispensario**

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_  
titolare/direttore della farmacia \_\_\_\_\_ del Comune di  
\_\_\_\_\_, gestore del dispensario sito nel comune di \_\_\_\_\_, autorizzato con  
provvedimento. N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ emesso da \_\_\_\_\_.

**P R O P O N E**

**Il seguente orario di apertura del dispensario a far data dal \_\_\_\_\_**  
(Ai sensi dell'art. 12 L.R. 14 maggio 1991 n. 21 secondo quanto stabilito dalla D.G.R. 32-212 del 7 giugno 2005)

		LUN	MAR	MER	GIO	VEN	SAB
MATTINO	<i>dalle</i>						
	<i>alle</i>						
POMERIGGIO	<i>dalle</i>						
	<i>alle</i>						

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.