

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	Richiesta modifica orari farmacia (FT.MO.4353.00).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 farmacia

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____
titolare/direttore della farmacia _____ del Comune di
_____, Prov. (), ubicata in Via/P.za _____
n. _____. Ai sensi degli artt. 4 e 12 L.R. 14 maggio 1991 n. 21 e dell'art. 11 L. 24 marzo 2012 n.27

PROPONE

Il seguente orario di apertura della farmacia, a far data dal _____

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

GIORNO DI RIPOSO: _____

APERTURE FESTIVITÀ: _____

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.