

All'U.O. Assistenza Farmaceutica Territoriale Aziendale

Sede di Ambito _____

Via _____, n. _____

cap _____, _____

azienda@pec.auslromagna.it

Oggetto: RICHIESTA CHIUSURA/ FERIE ANNO _____
(ART 14 L.R. 2/2016)

FARMACIA _____ Sede num _____ del Comune di _____
Sita in via/piazza _____ n° _____ cap _____
Tel _____ fax _____ email _____
PEC _____

Il sottoscritto Dott/ Dott.ssa _____

Titolare Direttore Legale Rappresentante

- Chiede che la propria Farmacia rimanga chiusa per ferie (per periodi non inferiori a 7 gg)**

Dal _____ al _____
Dal _____ al _____
Dal _____ al _____

Se il periodo indicato risulta già calendarizzata in turno per l'anno _____ in sua vece svolgerà regolare servizio in turno

dal _____ al _____ la Farmacia _____
dal _____ al _____ la Farmacia _____
dal _____ al _____ la Farmacia _____

Nel caso in cui, per sopravvenute, indefferibili e documentate esigenze e/o circostanze, si dovesse rendere necessario proporre successivamente una qualsiasi variazione rispetto a quanto sopra indicato, sarà compito del Sottoscritto Titolare/Direttore/Legale rappresentante della Farmacia segnalarlo con congruo anticipo e con inoltro di nuova richiesta scritta, all'UO Assistenza Farmaceutica Territoriale dell'AUSL ROMAGNA, al Sindaco del Comune, all'Ordine dei Farmacisti di appartenenza ed alle Associazioni Sindacali delle Farmacie Pubbliche e Private, nonché assicurare l'informazione nei confronti dell'utenza e dei colleghi Titolari delle farmacie del Comune di appartenenza e dei Comuni confinanti. Le modifiche andranno recepite con determina ad esclusione del caso di rinuncia alle ferie che andrà comunque comunicata ai destinatari di cui in precedenza.

- Comunica che la propria farmacia non rimarrà chiusa per ferie annuali**

Data,

Firma