**ALLEGATO 3**

SPETT. ASSL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SERVIZIO FARMACEUTICO

PEC: [­­­](mailto:ordinefarmacistiss@pec.fofi.it)

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­

SPETT.

ORDINE INTERPROVINCIALE

DEI FARMACISTI DI SASSARI

E OLBIA TEMPIO

PEC: [ordinefarmacistiss@pec.fofi.it](mailto:ordinefarmacistiss@pec.fofi.it)

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE CHIUSURA PER FERIE**

Il/La sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ recapito telefonico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di Titolare/Socio Direttore della Farmacia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

che ha sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere autorizzato, ai sensi dell'articolo ai sensi dell’art. 15 della L.R. 12/1984, alla chiusura per ferie nel seguente periodo:

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per un totale complessivo di n. \_\_\_\_\_ giorni.

Nel richiedere l’autorizzazione **DICHIARA** che nel suddetto periodo la farmacia non ha obblighi di turni.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma titolare/direttore e timbro)