

Timbro della Farmacia

Spettabile

A.S.L. Provincia di Lecco

Corso Carlo Alberto 120 -- Tel.: 0341 482111



Dipartimento Servizi Sanitari di Base

SERVIZIO ASSISTENZA FARMACEUTICA

E-Mail: farmacia@asl.lecco.it - Tel.: 0341482281 - Fax:0341482251



- **RICHIESTA VARIAZIONE ORARI, TURNI, RIPOSI E FERIE**
(L.R. N. 21/2000)
- **RICHIESTA DI CHIUSURA DELLA FARMACIA** (art. 119 TULS)

Il/La sottoscritt.. dott..		☐ Titolare
		☐ Direttore Responsabile
		☐ Gestore provvisorio
della Farmacia:	Codice: LC	
sita in località:	Via/Piazza:	

chiede

di poter variare: ☐ Orario di apertura ☐ Giorno di chiusura settimanale
☐ Turno di servizio ☐ Periodo di ferie

Precedentemente approvato con delibera n.....del.....,

come di seguito specificato:

Per i seguenti motivi:

P.S.: l'ASL concederà la variazione richiesta solo in caso di comprovata urgenza, gravità e necessità e tali motivazioni dovranno sempre essere debitamente documentate.

comunica

che la Farmacia rimarrà chiusa dalal

Per il seguente motivo:

*P.S.: La comunicazione deve essere inviata all'ASL **almeno un mese prima**, salvo i casi di urgenza. Se la chiusura non supera i quindici giorni, anche in caso di silenzio dell'autorità sanitaria, il Farmacista può procedere alla sua attuazione. Se il periodo di chiusura si protrae oltre i quindici giorni, è invece sempre necessario che alla notifica consegua l'autorizzazione esplicita dell'autorità sanitaria.*

Data:.....

Il titolare/direttore/gest.prov.

.....