

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_

Titolare/Direttore della Farmacia \_\_\_\_\_

**RICHIESTA DI FERIE**

**Termine presentazione delle richieste**

**Periodo di ferie**

- entro il 30 aprile  da giugno a settembre

- entro il 31 luglio  da ottobre a gennaio

- entro il 31 ottobre  da febbraio a maggio

Mese \_\_\_\_\_ dal giorno \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_ (compreso)

Mese \_\_\_\_\_ dal giorno \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_ (compreso)

Si dichiara che nei seguenti periodi richiesti il servizio farmaceutico sarà garantito dalle seguenti farmacie viciniori:

-----

-----

-----

DATA \_\_\_\_\_

Firma e timbro della Farmacia

\_\_\_\_\_