

SPETT.LE AULSS 9
UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale
UOS Gestione Giuridica Amministrativa delle
Strutture
protocollo.aulss9@pecveneto.it

ALL'ORDINE DEI FARMACISTI DELLA
PROVINCIA DI VERONA
ordinefarmacistivr@pec.fofi.it

Il Sottoscritto _____

Titolare/Direttore della
Farmacia _____

CHIUSURA PER MOTIVI PARTICOLARI (comprovati ed eccezionali)

Chiede con riferimento all'art. 4, comma 2, legge regionale. n. 64/1994 e s.m.i. e all'art. 4) del Regolamento provinciale del servizio delle farmacie aperte al pubblico dell'Aulss 9 Scaligera di essere autorizzato alla chiusura della farmacia:

Mese _____ dal giorno _____ al giorno _____ (compreso)

Per le seguenti motivazioni

(n.b.: in caso di decesso di un parente od affine entro il terzo grado, o urgenza manifesta o motivata, il titolare della farmacia può procedere alla chiusura della farmacia stessa per un periodo massimo di tre giorni, dandone immediata comunicazione scritta al Farmaceutico Territoriale e all'Ordine provinciale dei farmacisti. In questi casi si prescinde dal nulla osta da parte del sindaco e dal parere della Commissione di cui all'art. 14 l.r. n. 78/1980.)

Nulla-Osta:
Timbro del Comune e firma
del Sindaco o suo delegato

DATA _____

Firma e timbro della Farmacia
