

Al Signor Sindaco  
del Comune di \_\_\_\_\_

All' ASL 02  
S.C. FARMACEUTICA  
SAVONA  
[farmaceutica@pec.asl2.liguria.it](mailto:farmaceutica@pec.asl2.liguria.it)

All'ORDINE FARMACISTI DELLA  
PROVINCIA DI SAVONA  
[ordinefarmacistiv@pec.fofi.it](mailto:ordinefarmacistiv@pec.fofi.it)

### **RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA CHIUSURA PER FERIE**

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_ nat\_ il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ via/Piazza \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ - recapito telefonico: \_\_\_\_\_  
in qualità di Titolare/Socio Direttore della Farmacia \_\_\_\_\_  
che ha sede in \_\_\_\_\_ via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.F./P.I. \_\_\_\_\_;

CHIEDE

di essere autorizzato, ai sensi dell'articolo 5 della Legge Regione Liguria n. 35/2012, alla chiusura per ferie nel seguente periodo:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma e timbro)