

Spett.le
U.O.C. "ASSISTENZA FARMACEUTICA"



- ✚ Distretto 1 "Bassano"
tel. 0424/888780 - fax 0424/889489
farmaceutico.terr.distretto1@aulss7.veneto.it
- ✚ Distretto 2 "Alto Vicentino"
tel. 0445/388323 - fax 0445/388956
farmaceutico.terr@aulss7.veneto.it

RICHIESTA FERIE 1 GENNAIO - 31 MAGGIO _____

Il/la sottoscritto/a dr./dr.ssa _____

Titolare/Direttore della farmacia _____

codice _____ sita nel comune di _____ (VI)

via _____ n° _____

chiede di poter chiudere per ferie dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

Dichiara inoltre che nel periodo di ferie richiesto la Farmacia non è di turno diurno, festivo e notturno.

Distinti saluti.

FIRMA E TIMBRO

Data, _____