

Spett.le  
U.O.C. ASSISTENZA FARMACEUTICA



✚ Distretto 1 Bassano  
[farmaceutico.terr.distretto1@aulss7.veneto.it](mailto:farmaceutico.terr.distretto1@aulss7.veneto.it)

✚ Distretto 2 Alto Vicentino  
[farmaceutico.terr@aulss7.veneto.it](mailto:farmaceutico.terr@aulss7.veneto.it)

## CHIUSURA PER MOTIVI PARTICOLARI

(art. 5 Legge Regionale n. 16 del 16 maggio 2019)

Il/la sottoscritto/a dr./dr.ssa \_\_\_\_\_

Titolare/Direttore/Legale Rappresentante della Farmacia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

codice \_\_\_\_\_ sita nel comune di \_\_\_\_\_ (VI)

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Chiede di essere autorizzato a chiudere per comprovati ed eccezionali motivi

*(breve descrizione della motivazione)*

\_\_\_\_\_

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

Comunica la chiusura a seguito del decesso di un parente od affine entro il terzo grado  
per un periodo massimo di tre giorni dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

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

FIRMA E TIMBRO

\_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_