

Spett.le
ATS di Brescia
Servizio Farmaceutico
protocollo@pec.ats-brescia.it

Comunicazione VARIAZIONE ORARIO di APERTURA farmacia (L.R. n. 33/2009 e ss.mm.ii.)

Il/La sottoscritto/a

<i>Cognome</i>	<i>Nome</i>

Titolare/Direttore della farmacia

Denominazione

Codice regionale

Comune

Via/Piazza

Nr.

comunica la variazione di seguito indicata

ORARIO DI APERTURA					
ATTUALE			VARIAZIONE		
	mattino	pomeriggio		mattino	pomeriggio
LUN.			LUN.		
MAR.			MAR.		
MERC.			MERC.		
GIOV.			GIOV.		
VEN.			VEN.		
SAB.			SAB.		
DOM.			DOM.		
Totale ore settimanali			Totale ore settimanali		

Data _____

timbro farmacia e firma titolare/direttore

spazio riservato al Servizio Farmaceutico dell'ATS di Brescia

Valutati gli artt. 90 e 92 della L.R. 33/2009 e ss.mm.ii.

☐ SI ACCOGLIE	Note:
☐ NON SI ACCOGLIE	Note:

La suddetta variazione non potrà decorrere prima di trenta giorni dalla comunicazione pervenuta in data _____ prot. n. _____

La suddetta variazione decorrerà dal

gg	mm	aaaa

Si fa obbligo di informare la clientela mediante cartelli affissi all'esterno della farmacia.

Data _____

Firma del dirigente farmacista incaricato _____

La presente viene trasmessa per conoscenza via PEC ai seguenti destinatari:

- Farmacia
- Comune di _____
- Ordine dei Farmacisti della Provincia di Brescia
- ATF – Federfarma Brescia