

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

Il/La sottoscritto/a

--	--

Cognome

Nome

titolare/legale rappresentante/direttore della Farmacia

Denominazione

--

Codice regionale

	Comune	
--	--------	--

Via/Piazza

	Nr.
--	-----

comunica la seguente variazione

CHIUSURA STRAORDINARIA / **RINUNCIA ALLA CHIUSURA** / **APERTURA STRAORDINARIA**

DAL	AL	MOTIVAZIONE
gg/mm/aaaa	gg/mm/aaaa	

Data _____

_____ timbro della Farmacia e firma del richiedente

spazio riservato al Servizio Farmaceutico dell'ATS di Brescia

PROT.

Valutati gli artt. 90 e 92 della L.R. 3/2009 e ss.mm.ii.:

<input type="checkbox"/> SI ACCOGLIE	Note:	Firma del dirigente farmacista
<input type="checkbox"/> NON SI ACCOGLIE	Note:	Firma del dirigente farmacista

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

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

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