

Data \_\_\_\_\_

**RICHIESTA DI CHIUSURA STRAORDINARIA FARMACIA (da presentare 30 giorni prima)**

1) Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ Titolare/Direttore tecnico della Farmacia (denominazione) \_\_\_\_\_  
Cod. Regionale (BG0\_\_\_\_\_) del Comune di \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

la chiusura straordinaria della farmacia nel/i giorni/i \_\_\_\_\_  
per (motivazione) \_\_\_\_\_

**Si precisa che nel periodo richiesto la farmacia NON E' DI TURNO.**

**Si allegano i nulla osta già ottenuti dai Sindaci dei Comuni in cui è ubicata la Farmacia, dall'Associazione Provinciale di Categoria (Federfarma/Cispel/Farmacieunite) e dall'Ordine Provinciale dei Farmacisti.**

Timbro e firma Farmacia

Allegati:

- Nulla osta Sindaco del Comune di \_\_\_\_\_
- Nulla osta Associazione Provinciale di Categoria
- Nulla osta Ordine Provinciale Farmacisti