



Ordine dei Farmacisti della Provincia di Caltanissetta

Il/La sottoscritt__ Dott. _____

titolare della farmacia _____

sita nel Comune di _____ in Via _____

CHIEDE

l'autorizzazione alla variazione del turno (*)_____ di servizio come segue:

Il turno previsto per la farmacia _____

dal _____ al _____

sarà assicurato dalla farmacia (**) _____

Il turno previsto per la farmacia _____

dal _____ al _____

sarà assicurato dalla farmacia (**) _____

Cordiali saluti.

Timbro e firma

Timbro e firma per accettazione

Luogo e data _____

(*) indicare turno diurno o notturno

(**) la farmacia che effettua la sostituzione del turno deve firmare per accettazione