



- **RICHIESTA VARIAZIONE ORARI, TURNI, RIPOSI E FERIE** (L.R. 33/09.-L.R. 6/17))
- **COMUNICAZIONE DI AMPLIAMENTO ORARI APERTURA** (art.11 L.27/2012)
- **COMUNICAZIONE DI CHIUSURA DELLA FARMACIA** (art. 119 TULS)

Il/La sottoscritto/a dott./ssa.....

☐ Titolare ☐ Direttore Responsabile ☐ Gestore provvisorio

della Farmacia.....Codice

sita in località.....Via/P.zza.....N.....

CHIEDE

di poter **VARIARE** come precedentemente approvato con determina N.....del.....,.

☐ Orario di apertura

☐ Giorno di chiusura settimanale

☐ Turno di servizio

☐ Periodo di ferie

Come di seguito specificato.....

Per i seguenti motivi:.....

L'ATS concederà la variazione richiesta solo in caso di comprovata urgenza, gravità e necessità e tali motivazioni dovranno sempre essere debitamente documentate.

COMUNICA

(ai sensi dell'art 11 comma 8 della Legge 24 marzo 2012 n. 27)

Che la Farmacia rimarrà **APERTA** a far data dalal

Osservando i seguenti giorni e orari:

Giorni	Orari mattino	Orari pomeriggio

COMUNICA

Che la Farmacia rimarrà **CHIUSA** a far data dalal

Osservando i seguenti giorni e orari:

Giorni	Orari mattino	Orari pomeriggio

Per il seguente motivo:.....

La comunicazione deve essere inviata all'ATS almeno 30 giorni prima (art.90 c.3 L.R. 6/2017)., salvo i casi di urgenza. Se la chiusura non supera i quindici giorni, anche in caso di silenzio dell'autorità sanitaria, il Farmacista può procedere alla sua attuazione. Se il periodo di chiusura si protrae oltre i quindici giorni, è invece sempre necessario che alla notifica consegua l'autorizzazione esplicita dell'autorità sanitaria.

Data:.....

Il titolare/direttore/gest.prov.
firma