

Modulo FARM/comunicazione chiusura straordinaria

Al Servizio Farmaceutico dell'
Azienda sanitaria Friuli Occidentale
Via della Vecchia Ceramica, 1
33170 PORDENONE (PN)

Ordine dei Farmacisti della Provincia di Pordenone

Al Sindaco del Comune di _____

Oggetto: comunicazione chiusura straordinaria.

Con la presente si comunica che, a seguito di eventi contingenti, di inderogabile necessità, non prevedibili e con caratteristiche di assoluta eccezionalità, di seguito descritti:

e dichiarando, **sotto la propria responsabilità e nella piena consapevolezza di quanto disposto dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28.12.2000 e dall'art. 495 del C.P.**, l'impossibilità alla sostituzione nei casi previsti dalla legge 362/1991, art.11

Il/la sottoscritto/a dott. _____

Titolare/Direttore della Farmacia _____ sita nel comune di

_____ nella/e giornata/e _____

_____ chiuderà al pubblico l'esercizio farmaceutico.

Fa presente che in tale periodo la Farmacia non sarà di turno settimanale di guardia farmaceutica e che il servizio sarà assicurato dalle Farmacie limitrofe.

Distinti saluti.

.....
(luogo e data)

Timbro della farmacia e
Firma titolare/direttore

.....

La presente comunicazione va trasmessa via PEC all'indirizzo PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it oppure via FAX al n. 0434 257112 ovvero consegnata a mano presso il Servizio Farmaceutico dell' Azienda sanitaria Friuli Occidentale.