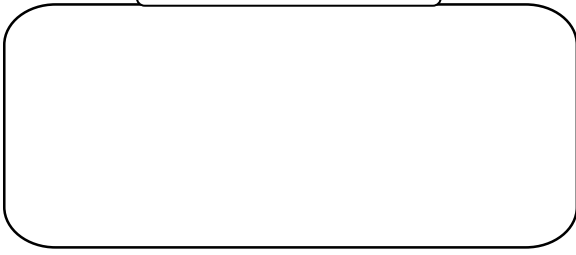


timbro FARMACIA



*Spettabile*

**Ordine dei Farmacisti**

della provincia di Agrigento

e-mail [ordinefarmacistiagrigento@gmail.com](mailto:ordinefarmacistiagrigento@gmail.com)

a mezzo Fax al n° 0922553981

\_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ Dott. \_\_\_\_\_

titolare/direttore della farmacia in intestazione

## CHIEDE

*l'autorizzazione alla variazione del turno di servizio*

- 1) del giorno \_\_\_\_\_  
che sarà effettuato dalla farmacia \_\_\_\_\_  
e non dalla farmacia \_\_\_\_\_
- 2) del giorno \_\_\_\_\_  
che sarà effettuato dalla farmacia \_\_\_\_\_  
e non dalla farmacia \_\_\_\_\_

Distinti saluti.

*Timbro e firma*

Data \_\_\_\_\_