

FARMACIA _____

Oggetto: Flessibilità orario apertura farmacia per corso di aggiornamento obbligatorio

**Al Servizio Farmaceutico
ASM
via Montescaglioso, s.n.
75100 - MATERA**

**All'Ordine dei Farmacisti
via A. Olivetti, 151
75100 - MATERA**

Ai sensi e per gli effetti dell'articolo 10 comma 2) della L.R. Basilicata n. 29 del 05 aprile 2000, il/la sottoscritto/a dott./dr.ssa _____,

titolare/direttore della farmacia _____,

sita nel Comune di _____, con la presente

COMUNICA

che la stessa farmacia rimarrà chiusa il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

per seguire un corso di aggiornamento obbligatorio organizzato da _____

e che si terrà presso _____ località _____

Luogo e data

Firma e timbro farmacia

n.b. : L'Ordine dei farmacisti provvederà ai sensi dell'art. 10 comma 2) L.R. Basilicata n. 29/2000 a dare comunicazione ai Sindaci dei Comuni dei bacini di utenza interessati.