

FARMACIA:

**Spett. Servizio Farmaceutico
ASM – Matera
Via Montescaglioso , s.n.
75100 - MATERA**

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa _____, titolare/direttore della
farmacia _____ sita nel Comune _____ (MT),
con la presente chiede con riferimento all'art. 16 comma 1) della Legge Regionale Basilicata n. 28
del 05 agosto 2010, di essere autorizzato/a a non osservare il riposo settimanale di cui all'art. 4
della Legge Regionale Basilicata n. 29 del 05 aprile 2000, durante i periodi di maggiore affluenza
dei soggiornanti dal _____ al _____.

In attesa di cortese riscontro, l'occasione è gradita per porgere distinti saluti.

Luogo e data, _____

In fede

(timbro e firma)