

Timbro Farmacia

Spett.le

ATS della VALPADANA

Oggetto: Orari e ferie della farmacia

Il/La sottoscritto/a

Titolare/legale rappresentante della Farmacia

Indirizzo

Sede n°

Cod. mutua

CHIEDE

l'estensione dell'orario a complessive ore settimanali come segue:

	Mattino		Pomeriggio	
	Dalle ore	Alle ore	Dalle ore	Alle ore
Lunedì				
Martedì				
Mercoledì				
Giovedì				
Venerdì				
Sabato				
Domenica				
Giorni di chiusura:				

e inoltre CHIEDE

di **NON** usufruire delle ferie per l'anno **2024-2025**

di usufruire delle ferie per l'anno **2024-2025** come di seguito indicato:

Dal	Al

Dal	Al

RICHIESTE APERTURE STRAORDINARIE

Il Titolare - Legale rappresentante

Data

.....