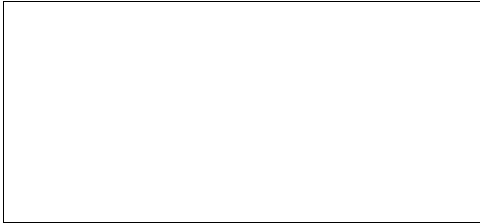


Timbro Farmacia



Spett.le
Ordine Farmacisti Teramo
Via Cona, 108
64100 TERAMO (TE)

Oggetto: **Richiesta deroga riposo infrasettimanale.**

Il sottoscritto Dr. titolare/direttore¹ della Farmacia
..... sita in (Te)

c h i e d e

a codesto rispettabile Ordine dei Farmacisti della provincia di Teramo di autorizzare, fino a revoca, la
sospensione/riduzione¹ a mezza giornata del riposo infrasettimanale, da effettuarsi il
....., per (indicare motivazione).....
.....

Distinti saluti.

Data

Timbro e firma della Farmacia

1. Cancellare la voce che non interessa.

Spazio per il visto del Comune

Visto:

l'articolo 4, comma 4, della L.R. 28 marzo 1989 n. 24 e successive modifiche e integrazioni,
si esprime parere favorevole alla richiesta in oggetto.

Distinti saluti.

Data

Timbro e firma del Sindaco