**ALLEGATO 2**

SPETT. ASSL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PSERVIZIO FARMACEUTICO

PEC: [­­­](mailto:ordinefarmacistiss@pec.fofi.it)

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­

SPETT.

ORDINE INTERPROVINCIALE

DEI FARMACISTI DI SASSARI

E OLBIA TEMPIO

PEC: [ordinefarmacistiss@pec.fofi.it](mailto:ordinefarmacistiss@pec.fofi.it)

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE RIDUZIONE ORARIO PER FERIE ESTIVE**

Il/La sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ recapito telefonico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di Titolare/Socio Direttore della Farmacia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

che ha sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere autorizzato, ai sensi dell'articolo ai sensi dell’art. 15 della L.R. 12/1984 e successive modificazioni, alla riduzione orario per ferie estive nel seguente periodo:

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per un totale complessivo di n. \_\_\_\_ giorni con il seguente orario

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **MATTINA** | **POMERIGGIO** |
| **LUNEDI’** |  |  |
| **MARTEDI’** |  |  |
| **MERCOLEDI’** |  |  |
| **GIOVEDI’** |  |  |
| **VENERDI’** |  |  |
| **SABATO** |  |  |

Nel richiedere l’autorizzazione **DICHIARA** che nel suddetto periodo la farmacia non ha obblighi di turni.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma titolare/direttore e timbro)