* **RICHIESTA VARIAZIONE ORARI, TURNI, RIPOSI E FERIE (L.R 33/09.-L.R 6/17))**
* **COMUNICAZIONE DI AMPLIAMENTO ORARI APERTURA (art.11 L.27/2012)**
* **COMUNICAZIONE DI CHIUSURA DELLA FARMACIA (art. 119 TULS)**

|  |
| --- |
| Il/La sottoscritto/a dott./ssa......................................................................................................................  ❒ Titolare ❒ Direttore Responsabile ❒ Gestore provvisorio  della Farmacia…………………………………………………………………….Codice ………………………  sita in località…....………………………………Via/P.zza……...........…………………………………N…... |

**::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::**

**CHIEDE**

di poter **VARIARE** come precedentemente approvato con determina N……….…..del…::….………,

|  |  |
| --- | --- |
| ❒ **Orario di apertura** | ❒ **Giorno di chiusura settimanale** |
| ❒ **Turno di servizio** | ❒ **Periodo di ferie** |

Come di seguito specificato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per i seguenti motivi:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***L’ATS concederà la variazione richiesta solo in caso di comprovata urgenza, gravità e necessità e tali motivazioni dovranno sempre essere debitamente documentate.***

**:::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::**

**COMUNICA**

*(ai sensi dell’art 11 comma 8 della Legge 24 marzo 2012 n. 27)*

Che la Farmacia rimarrà **APERTA** a far data dal ……………………………al …………………………..

Osservando i seguenti giorni e orari:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Giorni* | *Orari mattino* | *Orari pomeriggio* |
|  |  |  |
|  |  |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**:::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::**

**COMUNICA**

Che la Farmacia rimarrà **CHIUSA** a far data dal …………………….……….al ………………………….

Osservando i seguenti giorni e orari:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Giorni* | *Orari mattino* | *Orari pomeriggio* |
|  |  |  |

**Per il seguente motivo­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***La comunicazione deve essere inviata all’ATS almeno un mese prima, salvo i casi di urgenza. Se la chiusura non supera i quindici giorni, anche in caso di silenzio dell’autorità sanitaria, il Farmacista può procedere alla sua attuazione. Se il periodo di chiusura si protrae oltre i quindici giorni, è invece sempre necessario che alla notifica consegua l’autorizzazione esplicita dell’autorità sanitaria.***

***La presente deve essere inviata all’ATS con un preavviso di almeno 30 giorni (art.90 c.3 L.R. 6/2017).***

Data:…………………. Il titolare/direttore/gest.prov.

*firma* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE (ATS) DELLA BRIANZA

Sede legale e territoriale: Viale Elvezia 2 – 20900 Monza - C.F. e Partita IVA 09314190969 Sede territoriale di Lecco: C.so C. Alberto 120 - 23900 Lecco