Modulo 18

DICHARAZIONE ORARI APERTURA E GIORNO DI RIPOSO

Il sottoscritto ………………………….…………………………………………………………………………………………...

in qualità di titolare/direttore tecnico della farmacia ……………………………………………………

Recapito telefonico ………………......................……………………………………………………………

Indirizzo pec …………....……………………….................…………………………………………………………………

Con riferimento al art. 90 l.r. 33/2009 (…“L'orario minimo di apertura è stabilito in quaranta ore settimanali equamente distribuite su cinque giorni”…).

COMUNICA

che gli orari previsti di apertura della farmacia sono i seguenti:

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

il giorno di riposo (facoltativo) è il seguente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data Firma