DICHIARAZIONE 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

**Modulo predisposto RL - DGWelfare**