

Modulo 15/FF/SSVigilanza – richiesta autorizzazione alla chiusura Farmacia (maggiore di 15 gg)

Trieste,  
All'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano  
Isontina  
SC Assistenza Farmaceutica  
Assistenza Farmaceutica Territoriale

**Oggetto: richiesta autorizzazione alla chiusura Farmacia (maggiore di 15 gg)**

Con la presente il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa  
....., Titolare/Direttore Responsabile  
della Farmacia ..... chiede l'autorizzazione alla  
chiusura straordinaria della Farmacia nel periodo dal..... Al  
..... (maggiore di 15 gg) a seguito di  
.....  
.....

Nel caso si renda necessaria una successiva proroga alla chiusura si  
conferma la pronta comunicazione, al fine di permettere all'Azienda di  
trasmettere per tempo il successivo nulla osta.

Si rimane pertanto in attesa di ricevere l'autorizzazione alla chiusura.

Distinti saluti.

Il Titolare/Direttore Responsabile  
dott./dott.ssa .....

Timbro della Farmacia

La presente comunicazione può essere trasmessa via PEC all'indirizzo PEC: [asugi@certsanita.fvg.it](mailto:asugi@certsanita.fvg.it)

oppure via FAX al n. 040 399 5988 ovvero consegnata a mano presso

Funzione FARMACIA – Farmaceutica Territoriale Strada della Rosandra 24 34128 TRIESTE