

COMUNICAZIONE ESERCIZIO A BATTENTI CHIUSI

Alla SOC Assistenza Farmaceutica dell'Azienda
sanitaria Friuli Occidentale – AS FO
PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it

p.c.

Ordine dei Farmacisti della Provincia di Pordenone
PEC: ordinesfarmacistipn@pec.fofi.it

Al Sindaco del Comune di _____

Oggetto: comunicazione esercizio farmaceutico a battenti chiusi.

Il/la sottoscritto/a dott. _____

Titolare/Direttore della Farmacia _____ sita

nel comune di _____, CRF _____

secondo quanto previsto dalla nota della Direzione Centrale Salute FVG Prot. 7204 del 13.03.2020 ed al fine
di assicurare le condizioni di sicurezza ad operatori e pazienti,

**sotto la propria responsabilità e nella piena consapevolezza di quanto disposto dall'art. 76 D.P.R. 445 del
28.12.2000 e dall'art. 495 del C.P**

COMUNICA

di svolgere l'esercizio farmaceutico **a battenti chiusi** a far data dal _____ e fino ai termini
previsti dal DPCM 11 marzo 2020 ovvero nell'ambito di quanto potrà essere nel prosieguo definito. In
merito

DICHIARA

che la Farmacia assicurerà comunque l'orario ordinario di apertura.

La ripresa dell'esercizio a battenti aperti sarà tempestivamente comunicata (vedi Mod-2-BATTENTI APERTI)

.....
(luogo e data)

Timbro della farmacia e
Firma titolare/direttore

.....