

Al Sig. Presidente dell'Ordine dei
Farmacisti della Provincia di Rieti

Al Sig. Sindaco del Comune di

MONTEBUONO

Al Sig. Presidente di Federfarma Rieti

Oggetto: Richiesta Ferie Anno 2026

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa CELESTE DE MONTE

Titolare/Direttore della Farmacia di MONTEBUONO "FARMACIA DE MONTE
DOTT.SSA CELESTE & C. SNC"

CHIEDE

alla S.V. di voler proporre quale periodo di ferie per l'anno 2014 il/i seguente/i periodo/i di ferie:

- dal 13 LUGLIO al 23 LUGLIO INCLUSO
- dal _____ al _____
- dal _____ al _____

A tale proposito dichiara di essersi consultato/a ed accordato/a preventivamente con i colleghi del proprio turno di servizio.

Cordiali saluti.

Firma



MONTEBUONO li 27/03/2026

FARMACIA DE MONTE
Dott.ssa Celeste & C. Snc
Via Roma, 5 - 02040 MONTEBUONO (RI)
Tel. 0765.607133 - ASL RI/110-02081
C.F./P.IVA: 01280160571

