



# ORDINE *dei* FARMACISTI *della* PROVINCIA *di* AGRIGENTO

“ENTE *di* DIRITTO PUBBLICO” (D.L. C.P.S. 13-9-1946 n° 233)

Via Imera, 217 tel. 0922/553321 fax 0922/553981 - 92100 AGRIGENTO

Prot. n° 1755

Spettabile Assessorato Regionale alla Sanità  
Piazza Ottavio Ziino, 24  
**PALERMO**

Oggetto: Variazione turno di servizio.

p.c. All'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento  
**Area Territoriale del Farmaco**  
Viale della Vittoria, 321 – 92100 **AGRIGENTO**

Ai titolari di Farmacia della Città di **FAVARA**

Al Sig. Sindaco della Città di **FAVARA**

Vista la richiesta presentata dal **Dott. Paolo BONGIORNO**, direttore della farmacia **BONGIORNO Dott. Paolo & c. s.a.s.**, sita in **FAVARA**;

## SI AUTORIZZA

ai sensi dell'art. 12 della L. R. n° 15 del 5 luglio 1978,

1. la variazione del turno di servizio di *giovedì* **14 dicembre 2023**, che sarà effettuato dalla farmacia **Dott. Paolo BONGIORNO** non dalla farmacia della Dott.ssa Lilly AMATO.
2. la variazione del turno di servizio di *lunedì* **18 dicembre 2023**, che sarà effettuato dalla farmacia della **Dott.ssa Lilly AMATO** e non dalla farmacia Dott. Paolo BONGIORNO.

Distinti saluti.

Agrigento, 23 novembre 2023



Il Vice Presidente

**Dott.ssa Marcella Nuara**

La firma è omessa ai sensi dell'art. 3  
comma 2 del D. Lgs 12/2/1993, n. 39