



# 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

Protocollo numero **89**

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

Oggetto: Variazione turno di servizio.

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

Ai Titolari di Farmacia del Comune di **FAVARA**

Al Sig. Sindaco del Comune di **FAVARA**

Vista la richiesta presentata dalla Dottoressa **Cinzia LOMBARDO**, Direttrice Responsabile della Farmacia **ITRIAFARM s.r.l.**, 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 **sabato 15 febbraio 2025**, che sarà effettuato dalla Farmacia **ITRIAFARM S.r.l.** e non dalla Farmacia SAJEVA s.n.c.
2. La variazione del turno di servizio di **sabato 22 febbraio 2025**, che sarà effettuato dalla Farmacia **SAJEVA s.n.c.** e non dalla Farmacia ITRIAFARM S.r.l.

Distinti saluti.

Agrigento, 14 *gennaio* 2025

*Il Vice Presidente*

Dottoressa Marcella Nuara



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