



# MODALITA' DI ESPLETAMENTO DEL TURNO

## INTERVALLI

**INTERVALLO POMERIDIANO** (invernale) dal giorno 01 / 01 / 2024 al 24/06/2024  
giorno      /      /     

e dal giorno 29 / 09 / 2024 al 31/12/2024

dalle ore.....12,30.....alle ore.....16,30.....  
(deve coincidere con l'orario di chiusura antimeridiana) (deve coincidere con l'orario di apertura pomeridiana)

COMUNE DI ALFANO Provincia di Salerno
19 FEB. 2024
Prot. al 29/09/2024 <u>S68</u>
Cat. _____ cl. _____ fasc. _____

**INTERVALLO POMERIDIANO** (estivo) dal giorno 24 / 06 / 2024

dalle ore.....17,00.....alle ore.....20,00.....  
(deve coincidere con l'orario di chiusura antimeridiana) (deve coincidere con l'orario di apertura pomeridiana)

Il servizio viene assicurato dalla/e farmacia/e di turno secondo il calendario allegato con le seguenti modalità:  
(barrare la casella corrispondente al tipo di servizio offerto)

- A battenti aperti dalle ore.....alle ore.....  
 A battenti chiusi con il farmacista in farmacia dalle ore.....alle ore.....  
 A battenti chiusi e "a chiamata" ( reperibilità) dalle ore...13,00.....alle ore...16,30.....

**INTERVALLO NOTTURNO** (invernale) dal giorno 01 / 01 / 2024 al giorno 24/06/2024

e dal giorno 29/09 / 2024 al giorno 31/12 / 2024

dalle ore...20,00.....alle ore.....8,30.....  
(deve coincidere con l'orario di chiusura pomeridiana) (deve coincidere con l'orario di apertura antimeridiana successiva)

**INTERVALLO NOTTURNO** (estivo) dal giorno 24 / 06 / 2024 al giorno 29 / 09 / 2024

dalle ore.....20,00.....alle ore...8,30.....  
(deve coincidere con l'orario di chiusura pomeridiana) (deve coincidere con l'orario di apertura antimeridiana successiva)

Il servizio viene assicurato dalla/e farmacia/e di turno secondo il calendario allegato con le seguenti modalità:  
(barrare la casella corrispondente al tipo di servizio offerto)

- A battenti aperti dalle ore.....alle ore.....  
 A battenti chiusi con il farmacista in farmacia dalle ore.....alle ore.....  
 A battenti chiusi e "a chiamata" ( reperibilità) dalle ore...20,00.....alle ore...8,30.....

N. B. Qualora gli orari siano differenti fra le farmacie appartenenti allo stesso ambito, si prega di compilare un prospetto per ciascuna delle farmacie

**TIMBRO E FIRMA per la/e FARMACIA/E**

Farmacia  
LOGARZO BARTOLOMEO  
Cod. 6119 - Via Croce, 67  
84040 ALFANO (SA)  
Part. IVA 01971390651

**IL SINDACO**

(per Comuni con più di 1 farmacia - c.1 art.9- L.R.C 7/80 smi)

ovvero

**PARERE SINDACI**

(per Comuni con farmacia unica - c.2 art.9- L.R.C 7/80 smi)

ALFANO 1103  
VISTO: S: APPROVA



**DOMENICA ED ALTRI FESTIVI**

DOMENICA O FESTIVITA' (invernale) dal giorno 01 01 / 2024 al giorno 24 06 / 2024  
e dal giorno 29 / 09 / 2024 al giorno 31 / 12 2024

MATTINA dalle ore.....8,30.....alle ore...12,30.....

POMERIGGIO dalle ore.....16,30.....alle ore.....19,30.....

DOMENICA O FESTIVITA' (estivo) dal giorno 24// 06 2024 al giorno 29/ 09 /2024

MATTINA dalle ore.....8,30.....alle ore.....12,30.....

POMERIGGIO dalle ore.....17,00.....alle ore.....20,00.....

Il servizio viene assicurato dalla/e farmacia/e di turno secondo il calendario allegato con le seguenti modalità:  
(barrare la casella corrispondente al tipo di servizio offerto)

- A battenti aperti dalle ore.....alle ore.....
- | A battenti chiusi con il farmacista in farmacia dalle ore.....alle ore.....
- | A battenti chiusi e "a chiamata" ( reperibilità) dalle ore.....alle ore.....

**RIPOSO COMPENSATIVO DELLA FESTIVITA' DI TURNO**

(FACOLTATIVO)

La farmacia che ha effettuato il turno di apertura a battenti aperti la domenica o altra festività, effettuerà riposo compensativo nelle seguenti date:

Farmacia (LOGARZO) ALFANO 24/02/2024, 16/03/2024, 20/04/2024, 18/05/2024, 08/06/2024

Farmacia.....ALFANO.....06/07/2024, 21/09/2024, 26/10/2024, 09/11/2024, 21/12/2024

N.B. Qualora gli spazi disponibili fossero insufficienti, allegare un prospetto con l'indicazione di tutti i giorni nei quali verrà effettuato il riposo compensativo.

**RIPOSO SETTIMANALE**

(FACOLTATIVO)

La farmacia, quando non di turno, resta chiusa mezza giornata a settimana o una giornata a settimane alterne secondo il prospetto sottoelencato:

Farmacia/e ALFANO

| mezza giornata a settimana il Lu-Ma-Me-~~Gi~~-Ve-Sa Mattina / Pomeriggio  
(barrare con una X il giorno interessato) (barrare con una X la parte del giorno interessato)

| 1 giornata a settimana alterne (indicare nel prospetto tutti i giorni dell'anno in cui si effettua il riposo settimanale)

01/02/2024, 08/02/2024, 15/02/2024, 22/02/2024, 29/02/2024, 07/03/2024

14/03/2024, 21/03/2024, 28/03/2024, 04/04/2024, 11/04/2024, 18/04/2024

25/04/2024, 02/05/2024, 09/05/2024, 16/05/2024, 23/05/2024, 30/05/2024

06/06/2024, 13/06/2024, 20/06/2024, 27/06/2024, 04/07/2024, 11/07/2024

18/07/2024, 25/07/2024, 01/08/2024, 08/08/2024, 15/08/2024, 22/08/2024

N. B. Qualora la mezza giornata o le giornate a settimane alterne siano differenti fra le farmacie appartenenti allo stesso ambito, si prega di compilare un prospetto per ciascuna delle farmacie

Notizie utili: Ora Legale: Inizio 29/03/2020 - Fine 25/10/2020

**TIMBRO E FIRMA FARMACIA/E**

**LOGARZO BARTOLOMEO**  
Cod. 6119 - Via Croce, 67  
84040 ALFANO (SA)  
Part. IVA 01971390651

**PARERE SINDACO/I**

**ALFANO**  
VISTO: S: 22/02/2024  
*[Signature]*



**FERIE**  
(FACOLTATIVO)

Farmacia..... LOMBARDI DR. GIUSEPPE ..... dal... 26/05/2024... .. al... 29/05/2024.....

Farmacia..... LOMBARDI DR. GIUSEPPE ..... dal... 15/09/2024..... al... 22/09/2024.....

Farmacia..... LOGARZO DR. BARTOLOMEO ..... dal... 16/06/2024..... al 23/06/2024...

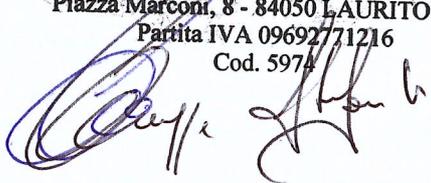
Farmacia..... STEFANILE DR. GIUSEPPE ..... dal... 25/04/2024..... al... 28/04/2024

Farmacia..... STEFANILE DR. GIUSEPPE ..... dal... 23/06/2024 ..... al... 30/06/2024.....

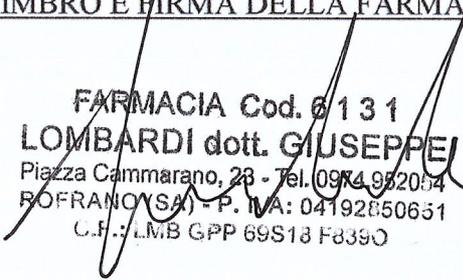
Farmacia..... dal..... al.....

TIMBRO E FIRMA DELLA FARMACIA/E

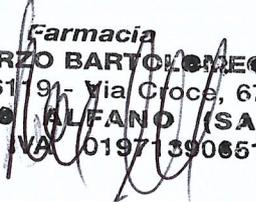
**FARMACIA**  
**Dott. Giuseppe Stefanile**  
Piazza Marconi, 8 - 84050 LAURITO (Sa)  
Partita IVA 09692771216  
Cod. 5974



**FARMACIA Cod. 6131**  
**LOMBARDI dott. GIUSEPPE**  
Piazza Cammarano, 28 - Tel. 0974 952064  
ROFRANCO (SA) - P. IVA: 04192850651  
C.F.: LMB GPP 69S18 F8390



**Farmacia**  
**LOGARZO BARTOLOMEO**  
Cod. 61191 - Via Croce, 67  
84040 ALFANO (SA)  
Part. IVA 01971390651



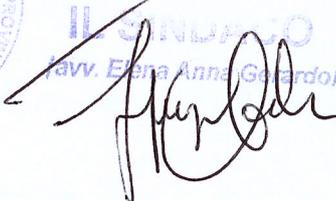
PARERE SINDACO/I

<b>COMUNE DI ALFANO</b> Provincia di Salerno	
<b>19 FEB. 2024</b>	
Prot. _____	<b>568</b>
Cat _____	cl. _____ fasc. _____

**ALFANO** 19 FEB 2024

**VISTO: S: APPROVA**

IL SINDACO  
Avv. Elena Anna Gerardo



# CALENDARIO DEI TURNI ANNO 2024

(Indicare la/le Farmacia/e di servizio nelle festività domenicali e infrasettimanali e negli intervalli pomeridiani e notturni)

## FESTIVITA' DOMENICALI

X

Il turno inizia alle ore ...13:00..... del Lu-Ma-Me-Gio-Ve-Sa precedente la domenica indicata e termina allo stesso orario e giorno seguente la domenica indicata. (barrare con una X il giorno interessato)

Se l'eventuale festività infrasettimanale interrompe il turno, indicare quale farmacia effettua il turno specificando gli orari di inizio e fine e le modalità di espletamento ("battenti aperti", "battenti chiusi", "reperibilità").

**COMUNE DI ALFANO**  
Provincia di Salerno

19 FEB. 2024

Prot. \_\_\_\_\_

Cat. \_\_\_\_\_ cl. \_\_\_\_\_ fasc. \_\_\_\_\_

### GENNAIO

### FEBBRAIO

### MARZO

01	STEFANILE	04	STEFANILE	03	LOMBARDI G.
06	LOMBARDI G.	11	LOMBARDI G.	10	LOGARZO
07	LOGARZO	18	LOGARZO	17	STEFANILE
14	STEFANILE	25	STEFANILE	24	LOMBARDI G.
21	LOMBARDI G.			31	LOGARZO
28	LOGARZO				

### APRILE

### MAGGIO

### GIUGNO

01	STEFANILE	01	STEFANILE	02	LOGARZO
07	LOMBARDI G.	05	STEFANILE	09	LOMBARDI G.
14	LOGARZO	12	LOGARZO	16	STEFANILE
21	LOMBARDI G.	19	LOMBARDI G.	23	LOMBARDI G.
25	LOMBARDI G.	26	STEFANILE	30	LOGARZO
28	LOGARZO				

### LUGLIO

### AGOSTO

### SETTEMBRE

07	STEFANILE	04	LOMBARDI G.	01	STEFANILE
14	LOMBARDI G.	11	LOGARZO	08	LOMBARDI G.
21	LOGARZO	15	STEFANILE	15	LOGARZO
28	STEFANILE	18	LOMBARDI G.	22	STEFANILE
		25	LOGARZO	29	LOGARZO

### OTTOBRE

### NOVEMBRE

### DICEMBRE

06	LOMBARDI G.	01	STEFANILE	01	LOMBARDI G.
13	STEFANILE	03	LOGARZO	08	STEFANILE
20	LOGARZO	10	LOMBARDI G.	15	LOGARZO
27	LOMBARDI G.	17	STEFANILE	22	STEFANILE
		24	LOGARZO	25	LOMBARDI G.
				26	LOGARZO
				29	STEFANILE
01	LOMBARDI G.	05	LOGARZO	06	STEFANILE

**N.B.** IN CASO DI TURNO CON PERIODICITA' DIVERSA DA QUELLA SETTIMANALE, SI DEVE PROVVEDERE A REDIGERE UN APPOSITO CALENDARIO CON L'INDICAZIONE, PER CIASCUN GIORNO, DELLA FARMACIA CHE SVOLGE IL TURNO.

### TIMBRO E FIRMA FARMACIA/E

### PARERE SINDACO/I

FARMACIA  
**Dott. Giuseppe Stefanile**  
Piazza Marconi, 8 - 84050 LAURITO (Sa)  
Part. IVA 09692771216  
Cod. 5974

FARMACIA Cod. 6131  
**LOMBARDI dott. GIUSEPPE**  
Piazza Cammarano, 23 - Tel. 0974.952054  
ALFANO (SA) - P. IVA: 04192850651

Farmacia  
**LOGARZO BARTOLOMEO**  
Cod. 6119 - Via Croce, 67  
84040 ALFANO (SA)  
Part. IVA 01971590651

ALFANO

VISTO: Si approva

Gerardo