

**SOLICITUD DE CIERRE POR VACACIONES**

**AL COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE ALMERÍA**

D/Dña.....  
Farmacéutico/a, con D.N.I ..... y titular oficina de  
farmacia AL-.....-F de la localidad de .....

**EXPONE**

Que según el artículo 4 del Decreto 116/1997, de 15 de abril, por el  
que regulan las jornadas y horarios de las oficinas de farmacia,

**SOLICITA**

El cierre voluntario por vacaciones durante los días comprendidos  
entre el.....  
.....

Almería, a.....

Fd.

*Según el Art. 4.1 del Decreto 116/1997 esta propuesta se realizará al menos, con tres  
meses de antelación a la fecha prevista del cierre*