

All'U.O. Assistenza Farmaceutica Territoriale Aziendale
Sede di Ambito _____

Via _____, n. _____

cap _____

azienda@pec.auslromagna.it

**Oggetto: COMUNICAZIONE DELLA SOSTITUZIONE TEMPORANEA DEL TITOLARE / DIRETTORE
NELLA CONDUZIONE DELLA FARMACIA**

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____ in qualità di _____

_____ della Farmacia _____

con sede in _____ (Prov. _____) via _____ n°_cap _____

NOTIFICA

la sua sostituzione nella conduzione

PROFESSIONALE

PROFESSIONALE ED ECONOMICA

della Farmacia dal _____ al _____

DICHIARA CHE LA SOSTITUZIONE E' MOTIVATA

- a) per infermità;
- b) per gravi motivi di famiglia;
- c) per gravidanza, parto ed allattamento, nei termini e con le condizioni di cui alle norme sulla tutela della maternità;
- d) a seguito di adozione di minori e di affidamento familiare per i nove mesi successivi all'effettivo ingresso del minore nella famiglia;
- e) per servizio militare;
- f) per chiamata a funzioni pubbliche elettive o per incarichi sindacali elettivi a livello nazionale;
- g) per ferie.

COMUNICA

che nel periodo indicato sarà sostituito dal Dott./Dott.ssa _____

iscritto/a all'Albo professionale della Provincia di _____ n° _____

già alle dipendenze di questa farmacia;

attualmente non alle dipendenze di questa farmacia. Allega

alla domanda la seguente certificazione:

- dichiarazione di accettazione del sostituto;

- _____

Data

Timbro della Farmacia e Firma

All'U.O. Assistenza Farmaceutica Territoriale Aziendale
Sede di Ambito _____

Via _____, n. _____

cap _____

azienda@pec.auslromagna.it

**Oggetto: DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE DELLA SOSTITUZIONE NELLA CONDUZIONE DELLA
FARMACIA _____**

Il/la Sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____

dichiara di essere iscritto all'Albo Professionale dei Farmacisti della Provincia di _____

sin dal _____ con n° _____

Con la presente dichiara inoltre

di accettare l'assunzione dell'incarico di sostituire il Dott./Dott.ssa _____

nella conduzione

PROFESSIONALE

PROFESSIONALE ED ECONOMICA

dal _____ al _____

della Farmacia _____ sita in _____ (Prov. _____)

via/piazza _____ n° _____ cap _____

Data,

FIRMA