

COMUNICAZIONE/RICHIESTA AUTORIZZAZIONE SOSTITUZIONE DIREZIONE FARMACIA

FARMACIA	
RAGIONE SOCIALE	
CODICE REGIONALE	
INDIRIZZO	
LOCALITA' E COMUNE	
TITOLARE/DIRETTORE	

Con la presente **SI CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE** (ASSENZA DEL TITOLARE/DIRETTORE **OLTRE TRE GIORNI**) alla **SOSTITUZIONE FORMALE TEMPORANEA NELLA CONDUZIONE DELLA FARMACIA** (BARRARE LA CONDIZIONE DI INTERESSE)

		DATA INIZIO (gg/mm/anno)	DATA FINE (gg/mm/anno)
1	SOSTITUZIONE DIREZIONE FARMACIA URBANA		
2	SOSTITUZIONE DIREZIONE FARMACIA RURALE		

con il **sottoindicato farmacista Dott.**

Cognome:	Nome:
Codice Fiscale:	
Nato a :	Il:
Indirizzo residenza:	Città:
Iscritto all'Ordine di:	N° iscrizione Ordine:

Per la seguente motivazione [BARRARE LA CONDIZIONE DI INTERESSE (art.7 e 11 legge 362/91)]

	CONDIZIONE SOSTITUZIONE TITOLARE O DIREZIONE
1	INFERMITA'
2	GRAVI MOTIVI DI FAMIGLIA
3	ASPETTATIVA GRAVIDANZA / PUERPERIO
4	ADOZIONE DI MINORI
5	SERVIZIO MILITARE
6	CHIAMATA A FUNZIONI PUBBLICHE ELETTIVE O INCARICHI SINDACALI ELETTIVI A LIVELLO NAZIONALE
7	FERIE

ALLEGATO/I _____

La presente deve **pervenire con anticipo di almeno tre giorni dalla decorrenza** [ad esclusione dei casi di assenza improvvisa non programmabile (es 1,2) per i quali la comunicazione, con effetto retroattivo, deve pervenire entro tre giorni dalla decorrenza) **con atto sottoscritto** dal Titolare e dal Gestore provvisorio, unitamente alla documentazione che giustifica la sostituzione (art 14 DPR 1275/71)]. Per l'avvenuta comunicazione fa fede il timbro di ricevuta ASL.

La suddetta comunicazione è valida ai fini della pratica professionale per il conseguimento della titolarità di cui all'art. N. 6 e 7 della L 22 /12/84 n. 892.

FIRMA PER ACCETTAZIONE FARMACISTA

FIRMA TITOLARE/DIRETTORE