

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA TEMPORANEA
SOSTITUZIONE NELLA GESTIONE DELLA FARMACIA
(art.11 L.362/91 e s.m.i.) (da inviare per assenze superiori a tre giorni)**

Spett.le ASL AL
SC FARMACIA TERRITORIALE
Sede di _____

Il/LA sottoscritt... dott. _____ Titolare
 Direttore
 Gestore Provvisorio
della farmacia _____ Codice regionale _____
sita in Località _____ Via _____

CHIEDE

l'autorizzazione alla sostituzione temporanea con altro farmacista iscritto all'Ordine dei farmacisti nella conduzione professionale della Farmacia dal _____ al _____ per i seguenti motivi:

- a) infermità
- b) gravi motivi di famiglia
- c) gravidanza, parto e allattamento
- d) a seguito di adozioni di minori e affidamento familiare
- e) funzioni pubbliche elettive o incarichi sindacali
- f) ferie

Il farmacista da me indicato è il dott. _____
iscritto all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di _____

che appone la propria firma per accettazione _____

La richiesta dovrà essere adeguatamente compilata in ogni sua parte e, salvo i casi indicati ai punti a) e b), completa di documentazione comprovante la necessità di sostituzione ad eccezione del punto g). Non verranno prese in considerazione domande incomplete o pervenute oltre i termini indicati.

Data _____

IL TITOLARE/DIRETTORE/GEST. PROV.
