

Al DIRETTORE
del SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE
dell' A.S.L. di _____

OGGETTO: sostituzione temporanea del titolare/direttore

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____ Titolare/Direttore/gestore
provvisorio della Farmacia _____, del Comune di
_____, sita in Via _____

C H I E D E

ai sensi dell'art. 11 della Legge 2 aprile 1968, n. 475 e s.m.i., l'autorizzazione ad essere
sostituito temporaneamente nella conduzione professionale della farmacia dal/dalla Dott./Dott.ssa
_____ nel periodo: dal _____ al _____

per la seguente motivazione:

- a) infermità;
- b) gravi motivi di famiglia;
- c) 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 (*)

Si allega la documentazione attestante la necessità di sostituzione ad eccezione del punto g (*)

Si precisa che il farmacista a cui verrà affidato l'incarico risulta essere:

- 1) socio collaboratore della società titolare della farmacia;
- 2) collaboratore operante presso la farmacia, del quale è già stata inviata la dovuta documentazione;
- 3) non operante presso la farmacia e, pertanto, del medesimo si allega dichiarazione sostitutiva di certificazione, inerente i propri dati personale e professionali.

data _____

firma del Titolare/Direttore

(firma per accettazione dell' incaricato)