

.Alla ASL 2 Savonese
S.C. FARMACEUTICA TERRITORIALE
farmaceutica@pec.asl2.liguria.it

All'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Savona
ordinefarmacistisv@pec.fofi.it

SOSTITUZIONE DIREZIONE

Farmacia.....
Ubicazione..... Tel.....

Il/la sottoscritto/a _____, titolare/direttore della sede
farmaceutica n° _____ denominata _____ e sita in _____

chiede l'autorizzazione alla sostituzione formale temporanea nella conduzione della farmacia
(*assenza del titolare/direttore oltre tre giorni*) per il periodo dal _____ al _____
con il/la sottoindicat_ farmacista:

Dott. _____ nat_ a _____ il _____ iscritt_ all'Ordine dei Farmacisti
Della provincia di _____ al n. _____

già in servizio presso questa Farmacia

non in servizio presso la Farmacia (ALLEGARE AUTOCERTIFICAZIONE)

Per la seguente motivazione (art. 7 e 11 legge 362/91)

- a) Infermità;
- b) Gravi motivi di famiglia;
- c) Gravidanza, parto e allattamento, nei termini e con le condizioni di cui alle norme sulla tutela della maternità;
- d) A seguito di adozioni di minori e di affidamento familiare per i 9 mesi successivi all'effettivo ingresso del minore nella famiglia;
- e) Servizio militare;
- f) Chiamata a funzioni pubbliche elettive o incarichi sindacali elettivi a livello nazionale;
- g) Ferie
- h) Per nomina direttore socio di società titolare di farmacia.

Allegato/i _____
documentazione che giustifica la sostituzione di cui ai punti **a, c, d, e, f, h.**

FIRMA PER ACCETTAZIONE FARMACISTA

FIRMA TITOLARE/DIRETTORE

DATA E TIMBRO FARMACIA

RICEVUTA ASL

riservato ASL

SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA

AUTOCERTIFICAZIONE

Il/la sottoscritto/a Dr/D.ssa _____,
nato/a a _____ il _____, consapevole delle
sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi
richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.

DICHIARA

- di possedere la Laurea in _____
- conseguita presso l'Università di _____
- in data _____
- di aver sostenuto l'esame di stato nell'anno

- sessione _____
- Università di _____
- di essere iscritto/a all'Albo dei Farmacisti di

- al numero _____

Data
Collaboratore

Firma del Farmacista

Allegata fotocopia documento d'identità in corso di validità.