

Modello n° 4 - Richiesta di sostituzione temporanea di direzione

Data

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MANTOVA
Servizio Farmaceutico Territoriale
Via dei Toscani, 1
46100 MANTOVA

ORDINE DEI FARMACISTI
Via Imre Nagy, 58
46100 MANTOVA

Il sottoscritto Dott.....

Titolare e direttore della farmacia (ragione sociale) n°.....

sita in Via..... n°.....

CHIEDE

di assentarsi dalla farmacia dal al.....
per il seguente motivo:

- per infermità
- per motivi di famiglia
- per gravidanza, parto ed allattamento
- a seguito di adozione di minori e di affidamento per i nove mesi successivi all'effettivo ingresso del minore
- per servizio militare
- per chiamata a funzioni pubbliche elettive o per incarichi sindacali elettivi a livello nazionale
- per ferie

e di conferire per il suddetto periodo, la direzione tecnica della propria farmacia al

Dr. (Cognome Nome).....

nato a (Comune Provincia)..... il

già in servizio presso questa farmacia di cui si allega:
dichiarazione sostitutiva di certificazione dell'attestato penale generale del Casellario Giudiziale

non in servizio presso la farmacia e di cui si allegano:
dichiarazione sostitutiva di certificazione iscrizione Albo e attestato penale generale del Casellario Giudiziale

Firma per accettazione

Timbro della farmacia
Firma del Titolare / Direttore

.....

.....