

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 Marangoni, 18
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:
 - autocertificazione dell'attestato penale generale del Casellario Giudiziale
- non in servizio presso la farmacia e di cui si allegano:
 - certificato di iscrizione all'Ordine dei Farmacisti o dichiarazione sostitutiva fotocopia del libretto sanitario in corso di validità o certificato di idoneità fisica
 - autocertificazione dell' attestato penale generale del Casellario Giudiziale

Firma per accettazione

Timbro della farmacia
Firma del Titolare / Direttore

.....

.....