

## SOSTITUZIONE TEMPORANEA DIREZIONE FARMACIA

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa \_\_\_\_\_

Titolare/Direttore della Farmacia (cod. \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

comunica che il/la Farmacista dr./dr.ssa \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti di \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_

fungerà da Direttore nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per:

- ferie del titolare/direttore
- motivi di salute
- gravi motivi di famiglia
- gravidanza, parto, allattamento nei termini di legge sulla tutela della maternità
- adozione di minori e affidamento familiare
- chiamata a funzioni elettive

Il Farmacista designato:

- è già collaboratore presso la farmacia, già notificato all'Ulss e all'Ordine dei Farmacisti
- non è collaboratore presso la farmacia (si allega autocertificazione di Iscrizione all'Albo professionale)
- (compilare solo in caso di gestione societaria)** è in possesso del requisito di idoneità previsto dall'art. 12 della legge 2 aprile 1968 n. 475 e s.m.i. conseguito:
  - tramite concorso per sedi farmaceutiche
  - per acquisita pratica professionale biennale

e chiede, pertanto, la prevista autorizzazione.

Luogo, data \_\_\_\_\_

Timbro farmacia e firma titolare/direttore

\_\_\_\_\_

Firma del Farmacista per accettazione

\_\_\_\_\_

Inviare a [protocollo.aulss2@pecveneto.it](mailto:protocollo.aulss2@pecveneto.it) e [farmaceuticaterritoriale.asolo@aulss2.veneto.it](mailto:farmaceuticaterritoriale.asolo@aulss2.veneto.it) (Distretto di Asolo) o [farmaceuticaterritoriale.pievedisoligo@aulss2.veneto.it](mailto:farmaceuticaterritoriale.pievedisoligo@aulss2.veneto.it) (Distretto di Pieve di Soligo) o [farmaceuticaterritoriale.treviso@aulss2.veneto.it](mailto:farmaceuticaterritoriale.treviso@aulss2.veneto.it) (Distretto di Treviso) e p.c. all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Treviso ([ordinefarmacistitv@pec.fofi.it](mailto:ordinefarmacistitv@pec.fofi.it))