

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
- essendo già collaboratore presso la farmacia stessa, già notificato all'Ulss e all'Ordine dei Farmacisti
- essendo collaboratore straordinario

e chiede, pertanto, all'Ulss la prevista autorizzazione.

Si allega, per gli atti dell'Ulss, autocertificazione di Iscrizione all'Albo professionale.

Distinti saluti.

Luogo, data _____

Timbro farmacia e firma titolare/direttore

Firma del farmacista per accettazione

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