

Farmacia _____

Spett.le
Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.2
"Bassa Friulana – Isontina"
SS Area Farmaceutica Territoriale

Spett.le
Ordine dei Farmacisti della
Provincia di _____

LORO SEDI

Il/La sottoscritt__ dott./dott.ssa _____ titolare/direttore
della farmacia _____ sita in _____

ai sensi dell'art. 4-bis della L.R. n.59/1981 **comunica** che si assenterà dal _____ al _____

per motivi di:

- salute
- studio
- partecipazione a congressi, attività di formazione e aggiornamento nell'ambito dell'educazione continua in medicina (ECM)
- incarichi di categoria

In tale periodo la Direzione professionale dell'esercizio farmaceutico sarà affidata al/alla dott./dott.ssa _____

Distinti saluti.

_____ li, _____

(firma e timbro farmacia)

Per accettazione:

Dott./Dott.ssa _____ iscritto/a all'Albo dei Farmacisti di _____ al n. _____

(firma)