

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.11 della Legge n.362/1991 **chiede** l'autorizzazione a essere sostituito/a temporaneamente
nella conduzione professionale della farmacia con il/la dott./dott.ssa _____
dal _____ al _____

per motivi di:

- per infermità
- per gravi motivi di famiglia
per gravidanza, parto ed allattamento, nei termini e con le condizioni di cui alle norme sulla tutela
della maternità
- a seguito di adozione di minori e di affidamento familiare per i nove mesi successivi all'effettivo
ingresso del minore in famiglia
- per servizio militare
- per chiamata a funzioni pubbliche elettive o per incarichi sindacali elettivi a livello nazionale
- per ferie

Distinti saluti.

_____ li, _____

(firma e timbro farmacia)

Per accettazione:

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

(firma)