

Spett.le ASL Rieti
UOS Assistenza Farmaceutica Territoriale
areafarmaco.asl.rieti@pec.it

Il/la sottoscritto/a _____, titolare/direttore della sede farmaceutica
denominata _____ sita in _____

Chiede

con la presente l'autorizzazione alla sostituzione formale temporanea nella conduzione della farmacia
(assenza del titolare/direttore oltre tre giorni) per il periodo dal _____ al _____
con il/la sottoindicat_ farmacista:

Dott. _____ nat__ a _____ il _____, iscritt_
all'Ordine dei Farmacisti della provincia di _____ al n. _____

Per la seguente motivazione (*art.7 e 11 legge 362/91*):

- a) infermità;
- b) gravi motivi di famiglia;
- c) gravidanza, parto e allattamento, nei termini e con le condizioni di cui alle norme sulla tutela della maternità;
- d) a seguito di adozione di minori e di affidamento familiare per i 9 mesi successivi all'effettivo ingresso del minore nella famiglia;
- e) servizio militare;
- f) chiamata a funzioni pubbliche elettive o incarichi sindacali elettivi a livello nazionale;
- g) ferie.

FIRMA PER ACCETTAZIONE FARMACISTA

FIRMA TITOLARE/DIRETTORE

N.B. La presente deve pervenire con anticipo di almeno tre giorni dalla decorrenza [ad esclusione dei casi di assenza improvvisa non programmabile (es a, b) per i quali la comunicazione, con effetto retroattivo, deve pervenire entro tre giorni dalla decorrenza, con atto sottoscritto dal Titolare/Direttore, unitamente alla documentazione che giustifica la sostituzione (art 14 DPR 1275/71)]. Per l'avvenuta comunicazione fa fede la data di ricezione del fax.

ALLEGATI: C.I. E C.F. NUOVO DIRETTORE