

Spett.le
AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
UOS ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE
areafarmaco.asl.rieti@pec.it

e.p.c. ORDINE DEI FARMACISTI DI RIETI
ordinefarmacistiri@pec.fofi.it

OGGETTO: NOMINA DIRETTORE TECNICO FARMACIA

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____

gestore/titolare/legale rappresentante della

Farmacia _____

ubicata in _____

COMUNICA

la nomina a far tempo dal _____ della Direzione Tecnica della
propria Farmacia al/alla Dr./Dr.ssa _____,

nata a _____ il _____ e iscritta/o all'Ordine dei

Farmacisti di _____ al n° _____ dal _____

*E in possesso del requisito dell'idoneità previsto dall'articolo 12 della legge 2 aprile 1968, n. 475,
e successive modificazioni*

già in servizio presso questa Farmacia

non in servizio presso la Farmacia

Firma per accettazione

Timbro della Farmacia e
firma del titolare/direttore/legale rapp.te

N.B. al direttore verranno rilasciate nuove credenziali Sogei

(Allegati : C.I. e C.F. nuovo direttore)