

COMUNICAZIONE SOSTITUZIONE DIREZIONE FARMACIA

FARMACIA

RAGIONE SOCIALE

CODICE REGIONALE

INDIRIZZO

LOCALITA' E COMUNE

TITOLARE/DIRETTORE

Data:

Alla Azienda USL
Ufficio Farmaceutico
Via Cassoli, 30-44121
Ferrara
Fax 0532-235971

Con la presente **SI COMUNICA** (ASSENZA DEL TITOLARE/DIRETTORE **OLTRE TRE GIORNI**) e la **SOSTITUZIONE FORMALE TEMPORANEA NELLA CONDUZIONE DELLA FARMACIA**

(BARRARE LA CONDIZIONE DI INTERESSE)

SOSTITUZIONE DIREZIONE FARMACIA URBANA dal al

SOSTITUZIONE DIREZIONE FARMACIA RURALE dal al

TEMPO PIENO dal al

con il **sotto indicato farmacista Dottor**

Cognome

nome

nato a

il città

indirizzo residenza

iscritto all'ordine di N.Iscr.Ordine

Per la seguente motivazione

[BARRARE LA CONDIZIONE DI INTERESSE (art.7 e 11 legge 362/91)]

CONDIZIONE SOSTITUZIONE TITOLARE O DIREZIONE	
1	INFERMITA'
2	GRAVI MOTIVI DI FAMIGLIA
3	ASPETTATIVA GRAVIDANZA / PUERPERIO
4	ADOZIONE DI MINORI
5	SERVIZIO MILITARE
6	CHIAMATA A FUNZIONI PUBBLICHE ELETTIVE O INCARICHI SINDACALI ELETTIVI A LIVELLO NAZIONALE
7	FERIE

La presente deve **pervenire con anticipo di almeno tre giorni dalla decorrenza** [ad esclusione dei casi di assenza

improvvisa non programmabile (es 1,2) per i quali la comunicazione, con effetto retroattivo, deve pervenire entro tre giorni

dalla decorrenza) **con atto sottoscritto** dal Titolare e dal Gestore provvisorio, unitamente alla documentazione che giustifica la sostituzione (art 14 DPR 1275/71)].

La suddetta comunicazione a i sensi della DRG n. 799/99 e della delibera DG AUSL3 n. 557 del 29/07/99 è valida ai fini

della pratica professionale per il conseguimento della titolarità di cui all'art. N. 6 e 7 della L 22 /12/84 n. 892.

FIRMA PER ACCETTAZIONE FARMACISTA

FIRMA TITOLARE/DIRETTORE