FAC SIMILE da redigere su carta intestata della Farmacia

|  |
| --- |
| **AUTORIZZAZIONE ALLA SOSTITUZIONE TEMPORANEA DEL TITOLARE NELLA DIREZIONE DELLA FARMACIA** |

MARCA

DA BOLLO

(SECONDO TARIFFA VIGENTE)

Al Direttore

U.O.C. Servizio Farmaceutico

ATS Insubria

**OGGETTO: SOSTITUZIONE TEMPORANEA**

Con la presente il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Direttore della Farmacia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

richiede

l’autorizzazione alla sostituzione nella conduzione professionale della Farmacia per il periodo dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ai sensi dell’art. 11 comma 2 Legge 475/68, per: (indicare una delle seguenti tipologie)

1. Gravi motivi di famiglia (al massimo 3 mesi per anno solare);
2. Infermità (al massimo per un periodo continuativo di cinque anni, ovvero di sei anni per un decennio);
3. Gravidanza, parto, allattamento (nei termini e con le condizioni di cui alle norme sulla tutela della maternità);
4. Adozione minori, affidamento (per i nove mesi successivi all’effettivo ingresso del minore nella famiglia);
5. Funzioni pubbliche elettive, incarichi sindacali elettivi a livello nazionale.

Durante la sua assenza sarà sostituito dal Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ iscritto all’Ordine dei Farmacisti di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e (se del caso) già operante presso la Farmacia che responsabilmente di seguito accetta.

Si allega

* Documentazione attestante la necessità di sostituzione (nel certificato medico NON indicare la diagnosi)
* Marca da bollo secondo la tariffa vigente per il rilascio di copia conforme

Data Firma del Titolare

Dichiarazione di accettazione responsabile da parte del direttore

Firma del sostituto per accettazione