

Modulo n° 14 - Richiesta di sostituzione temporanea di direzione

Data

All' ATS DELLA VAL PADANA
Servizio farmaceutico

ALL'ORDINE DEI FARMACISTI PROVINCIALE

Il sottoscritto Sig./Dott.....

Farmacista responsabile di reparto dell'esercizio commerciale (ragione sociale)

.....

sito inVian°

CHIEDE

di assentarsi dall'esercizio commerciale dalal.....
per il seguente motivo:

.....

e di conferire per il suddetto periodo, la direzione dell'esercizio commerciale al

Dr. (Cognome Nome).....

nato a (Comune Provincia) il.....

- già in servizio presso questa farmacia di cui si allega:
dichiarazione sostitutiva di certificazione dell'attestato penale generale del Casellario Giudiziale (modulo6_Dich_sostitutiva_casellarioGiudiziale).
- non in servizio presso la farmacia e di cui si allegano:
 - dichiarazione sostitutiva di certificazione iscrizione Albo (modulo4_DichSostitCertificaz_farmacista)
 - dichiarazione sostitutiva di certificazione iscrizione Albo e attestato penale generale del Casellario Giudiziale (modulo6_Dich_sostitutiva_casellarioGiudiziale).

Firma per accettazione

Timbro dell'esercizio
Firma del Titolare / Legale Rappr.

.....

.....