

Reggio Emilia,.....

Spett.le
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE
DI REGGIO EMILIA
DIPARTIMENTO PER L'ASSISTENZA FARMACEUTICA
VIA MONTI URALI, 74/3
42122 REGGIO EMILIA

e.p.c. ORDINE DEI FARMACISTI DI REGGIO EMILIA
VIA PICCARD, 16/G
42124 REGGIO EMILIA

OGGETTO: SOSTITUZIONE DIREZIONE

Il sottoscritto Dr. _____ titolare / direttore della
Farmacia _____ sita in _____ Via _____

CHIEDE

Di assentarsi dalla suddetta Farmacia dal _____ al _____
Per il seguente motivo:

Per infermità
Per motivi di famiglia
Per gravidanza, parto ed allattamento
A seguito di adozione di minori e di affidamento per i nove mesi successivi all'effettivo
ingresso del minore
Per servizio militare
Per chiamata a funzioni pubbliche elettive o per incarichi sindacali elettivi a livello
nazionale
Per ferie

E di conferire, per il suddetto periodo, la direzione tecnica della propria Farmacia al

Dr. _____ nato a _____ il _____

Iscritto all'Ordine dei Farmacisti di _____ al n° _____ dal _____

già in servizio presso questa Farmacia
non in servizio presso la Farmacia

Firma per accettazione

Timbro della Farmacia e
firma del titolare/direttore