

SOSTITUZIONE TEMPORANEA DIREZIONE FARMACIA

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa _____
Titolare/Direttore della Farmacia (cod. _____) _____
comunica che il/la Farmacista dr./dr.ssa _____
Codice Fiscale _____
iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti di _____ al n° _____
fungerà da Direttore nel periodo dal _____ al _____ per:

- ferie del titolare/direttore
- motivi di salute
- gravi motivi di famiglia
- gravidanza, parto, allattamento nei termini di legge sulla tutela della maternità
- adozione di minori e affidamento familiare
- chiamata a funzioni elettive

Il Farmacista designato che assume la direzione tecnica della Farmacia a tempo pieno (circolare 35043 del 14/06/2019 Ministero della Salute):

- è già collaboratore presso la farmacia, già notificato all'Ulss e all'Ordine dei Farmacisti
- non è collaboratore presso la farmacia (si allega autocertificazione di Iscrizione all'Albo professionale)
- (compilare solo in caso di gestione societaria)** è in possesso del requisito di idoneità previsto dall'art. 12 della legge 2 aprile 1968 n. 475 e s.m.i. conseguito:
 - tramite concorso per sedi farmaceutiche
 - per acquisita pratica professionale biennale

e chiede, pertanto, la prevista autorizzazione.

Luogo, data _____

Timbro farmacia e firma titolare/direttore

Firma del Farmacista per accettazione

Inviare a protocollo.aulss2@pecveneto.it e farmaceuticateritoriale.asolo@aulss2.veneto.it (Distretto di Asolo) o farmaceuticateritoriale.pievedisoligo@aulss2.veneto.it (Distretto di Pieve di Soligo) o farmaceuticateritoriale.treviso@aulss2.veneto.it (Distretto di Treviso) e p.c. all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Treviso (ordinefarmacistiv@pec.fofi.it)