

**Sostituzione temporanea nella direzione della Farmacia ai sensi degli artt. 7-11 Legge n. 362/1991 e s.m.i.**

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

Titolare/Direttore della Farmacia \_\_\_\_\_

Codice provinciale della Farmacia \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'autorizzazione alla sostituzione temporanea nella conduzione della farmacia dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 per la seguente motivazione:

<input type="checkbox"/> per infermità	<input type="checkbox"/> per gravi motivi di famiglia
<input type="checkbox"/> per gravidanza/parto ed allattamento, nei termini e con le condizioni di cui alle norme sulla tutela della maternità	<input type="checkbox"/> per adozione di minori e affidamento familiare per i nove mesi successivi all'effettivo ingresso del minore nella famiglia
<input type="checkbox"/> per servizio militare	<input type="checkbox"/> per chiamata a funzioni pubbliche elettive o incarichi sindacali elettivi a livello nazionale
<input type="checkbox"/> per ferie	

Il/La Farmacista incaricato/a è il/la  
 Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei Farmacisti della provincia di \_\_\_\_\_  
 al n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

in possesso del requisito dell'idoneità previsto dall'articolo 12 della legge 2 aprile 1968, n. 475 e successive modificazioni e **assicura la sua presenza piena e ininterrotta (nota Ministero della Salute n. 0035043 del 14.06.2019).**

Data \_\_\_\_\_

Timbro della Farmacia e Firma del  
 Titolare/Direttore

\_\_\_\_\_

Firma per accettazione della conduzione professionale della  
 farmacia

\_\_\_\_\_

**Allegare autocertificazione e inviare a UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale**  
[servizio.farmaceutico.aulss8@pecveneto.it](mailto:servizio.farmaceutico.aulss8@pecveneto.it)