

**NOMINA DIRETTORE RESPONSABILE DELLA FARMACIA**

I Sottoscritti

Dott./dott.ssa	_____
Dott./dott.ssa	_____
Soci della società	_____
che gestisce la farmacia	_____
ai sensi dell'art. 7 del comma 3 della legge 362/1991, comunicano, con l'accordo di tutti, di affidare la direzione tecnica della suddetta farmacia, prestando servizio a tempo pieno,	
A partire dal giorno	_____
al dott./dott.ssa	_____
in possesso del requisito di idoneità previsto dall'articolo 12 della legge 475/1968 e s.m.i..	

I soci della società	Firma
	_____
	_____

Per accettazione  
Il Direttore responsabile

\_\_\_\_\_

Data.....

- Consegnare i documenti in originale presso la segreteria della UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale almeno 30 gg prima della nomina.