

Timbro della Farmacia

Spettabile

A.S.L. Provincia di Lecco

Corso Carlo Alberto 120 -- Tel.: 0341 482111



Dipartimento Servizi Sanitari di Base

SERVIZIO ASSISTENZA FARMACEUTICA

E-Mail: farmacia@asl.lecco.it - Tel.: 0341482281 - Fax: 0341482251



**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA TEMPORANEA
SOSTITUZIONE NELLA GESTIONE DELLA FARMACIA**
(art. 11 L. 362/91) (da inviare per assenze superiori ai tre giorni)

Il/La sottoscritt.. dott..		☐ Titolare
		☐ Direttore Responsabile
		☐ Gestore provvisorio
della Farmacia:	Codice: LC	
sita in località:	Via/Piazza:	

Chiede

l'autorizzazione alla sostituzione temporanea con altro farmacista iscritto all'Ordine dei farmacisti nella conduzione professionale della Farmacia dal.....al.....per i seguenti motivi:

- | | |
|---|--|
| 1 ☐ gravi motivi di famiglia | 2 ☐ infermità |
| 3 ☐ gravidanza, parto, allattamento | 4 ☐ ferie |
| 5 ☐ a seguito di adozione di minori e di affidamento familiare | 6 ☐ servizio militare |
| 7 ☐ funzioni pubbliche elettive o incarichi sindacali, | |

Il farmacista da me indicato è il dott.....

iscritto all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di.....

che appone la propria firma per accettazione*:.....

*La comunicazione della sostituzione dovrà pervenire al Servizio Farmaceutico dell'ASL **entro tre giorni**, salvo i casi indicati ai punti **1** e **2**, completa di documentazione comprovante la necessità di sostituzione ad eccezione del punto **4**, adeguatamente compilata in ogni sua parte.
Non verranno prese in considerazione domande incomplete o pervenute oltre i termini indicati.*

Data:.....

Il titolare/direttore/gest.prov.

.....

* Nel caso il sostituto non fosse un collaboratore già registrato allegare i seguenti documenti:

- certificato o autocertificazione di iscrizione all'ordine
- certificato medico di idoneità fisica