

FARMACIA _____

VIA _____

_____ - _____ (MT)

SPETT. AZIENDA SANITARIA MATERA
VIA MONTESCAGLIOSO
75100 – MATERA

SPETT. ORDINE DEI FARMACISTI
PROVINCIA DI MATERA
VIA OLIVETTI, 151
75100 – MATERA

OGGETTO: NOMINA DIRETTORE DI FARMACIA- RICHIESTA AUTORIZZAZIONE

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa _____,

titolare della farmacia _____ sita nel Comune di

_____ (MT), con la presente nomina Direttore della suddetta farmacia ai

sensi e per gli effetti dell'articolo 11, comma 2) lettera _____* della Legge 8 novembre 1991, n.

362 il/la dr./dr.ssa _____

dal giorno _____

La suddetta Direzione cesserà il giorno _____

Pertanto, ai sensi della suddetta normativa, Chiede a Codesta Spett. ASM formale autorizzazione.

Luogo e data

Firma del Titolare

Per accettazione Firma del Direttore

*** NOTA:**

Inserire la lettera corrispondente ai seguenti motivi:

- a) per infermità;
- b) per gravi motivi di famiglia;
- c) per gravidanza, parto ed allattamento, nei termini e con le condizioni di cui alle norme sulla tutela della maternità;
- d) a seguito di adozione di minori e di affidamento familiare per i nove mesi successivi all'effettivo ingresso del minore nella famiglia;
- e) per servizio militare;
- f) per chiamata a funzioni pubbliche elettive o per incarichi sindacali elettivi a livello nazionale;
- g) per ferie.