

**Modello n° 4 - Richiesta di sostituzione temporanea di direzione**

Data .....

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MANTOVA  
Servizio Farmaceutico Territoriale  
Via dei Toscani, 1  
46100 MANTOVA

ORDINE DEI FARMACISTI  
Via Imre Nagy, 58  
46100 MANTOVA

Il sottoscritto Dott.....

Titolare e direttore della farmacia (ragione sociale) ..... n°.....

sita in ..... Via..... n°.....

**CHIEDE**

di assentarsi dalla farmacia dal ..... al.....  
per il seguente motivo:

- per infermità
- per motivi di famiglia
- per gravidanza, parto ed allattamento
- a seguito di adozione di minori e di affidamento per i nove mesi successivi all'effettivo ingresso del minore
- per servizio militare
- per chiamata a funzioni pubbliche elettive o per incarichi sindacali elettivi a livello nazionale
- per ferie

e di conferire per il suddetto periodo, la direzione tecnica della propria farmacia al

Dr. (Cognome Nome).....

nato a (Comune Provincia)..... il .....

già in servizio presso questa farmacia di cui si allega:  
dichiarazione sostitutiva di certificazione dell'attestato penale generale del Casellario Giudiziale

non in servizio presso la farmacia e di cui si allegano:  
dichiarazione sostitutiva di certificazione iscrizione Albo e attestato penale generale del Casellario Giudiziale

Firma per accettazione

Timbro della farmacia  
Firma del Titolare / Direttore

.....

.....