

Spett.le
UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale
Azienda ULSS 7 Pedemontana
farmaceutico.terr@aulss7.veneto.it

ASSENZA BREVE DIRETTORE

Il/la sottoscritto/a dr./dr.ssa _____ Direttore della farmacia
_____ codice _____
sita nel comune di _____ (VI)
via _____ n° _____

C O M U N I C A

che sarà assente dal ____ / ____ / ____ **al** ____ / ____ / ____
per _____

Durante tale periodo la Direzione della Farmacia suddetta sarà assunta dal dr./dalla dr.ssa

_____ nato/a a _____ (prov.) ____ il ____ / ____ / ____

Codice Fiscale

In possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente.

Che sottoscrive la presente per accettazione.

Luogo e data _____

Per accettazione

Timbro e Firma Farmacia
