FAC SIMILE – da redigere su carta intestata della Farmacia

|  |
| --- |
| **MODULO DI COMUNICAZIONE DELLA SOSTITUZIONE TEMPORANEA NELLA DIREZIONE TECNICA DELLA FARMACIA** |

Al Direttore

U.O.C. Servizio Farmaceutico

ATS Insubria

PEC protocollo@pec.ats-insubria.it

**OGGETTO: SOSTITUZIONE PER FERIE.**

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Titolare/Direttore della Farmacia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COMUNICA

Che dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il Dr./la Dr.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ iscritto all’Ordine dei farmacisti di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sostituisce il/la sottoscritto/a, assente dalla Farmacia per ferie.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Titolare/Direttore

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del sostituto per accettazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_