

Spett.le
U.O.C. ASSISTENZA FARMACEUTICA



✚ Distretto 1 Bassano
tel. 0424/888780 - fax 0424/889489
farmaceutico.terr.distretto1@aulss7.veneto.it

✚ Distretto 2 Alto Vicentino
tel. 0445/388323 - fax 0445/388956
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
