

**MUSTER FÜR DIE MELDUNG DER
ZEITWEILIGEN ERSETZUNG IN DER
FÜHRUNG DER APOTHEKE DURCH
EINE ANDERE APOTHEKERIN ODER
EINEN ANDEREN APOTHEKER**

An die
Autonome Provinz Bozen
Abteilung Gesundheitswesen
Amt für Gesundheitssprengel 23.2
Kanonikus-Michael-Gamper-Str. 1
39100 **BOZEN**
Tel. 0471 418070 - Fax 0471 418099

Hiermit teile ich Ihnen die zeitweilige Ersetzung in der Führung der Apotheke durch folgende oder folgenden ordnungsgemäß in das Berufsalbum eingetragene Apothekerin oder eingetragenen Apotheker mit*:

(Art. 7 des L.G. vom 11.10.2012, Nr. 16 - Art. 7, L.P. 11.10.2012, n. 16)

Vor- und Nachname
Nome e Cognome
Geburtsdatum und Geburtsort
Data e luogo di nascita
Geburtsort
Luogo di nascita
Eintragung in das Berufsverzeichnis
Iscrizione all'albo professionale

**MODELLO PER LA COMUNICAZIONE
DELLA SOSTITUZIONE TEMPORANEA CON
ALTRA O ALTRO FARMACISTA NELLA
CONDUZIONE DELLA FARMACIA**

Alla
Provincia Autonoma di Bolzano
Ripartizione Sanità
Ufficio Distretti Sanitari 23.2
Via Canonico Michael Gamper 1
39100 **BOLZANO**
Tel. 0471 418070 - Fax 0471 418099

Con la presente comunico la sostituzione temporanea con il o la seguente farmacista regolarmente iscritto all'Albo professionale nella conduzione della farmacia*:

(Datum und Provinz - data e provincia)

In Falle einer Eintragung außerhalb der Provinz Bozen, Kopie der Eintragungsbestätigung beilegen.
In caso di iscrizione non in provincia di Bolzano, allegare copia del certificato d'iscrizione.

Bescheinigung über die Kenntnis der deutschen und italienischen Sprachen bezogen auf das Doktorat im Sinne der Art. 3 und 4 des Dekretes des Präsidenten der Republik vom 26.07.1976 Nr. 752, in geltender Fassung, oder eine für gleichwertig erklärte Bescheinigung

Attestato di conoscenza delle lingue tedesco/ e italiano riferito al diploma di laurea ai sensi degli artt. 3 e 4 del Decreto del Presidente della Repubblica 26.07.1976 n. 752 e successive modifiche o certificazioni dichiarate equipollenti

(Datum - data)

Von/dal _____ (Datum/data)

Bis/al _____ (Datum/data)

Aus folgenden Gründen:

Per i seguenti motivi:

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aus Gesundheitsgründen bis zur Genesung | <input type="checkbox"/> Aus schwerwiegenden Familiengründen | <input type="checkbox"/> per motivi di salute fino a guarigione | <input type="checkbox"/> per gravi motivi di famiglia |
| <input type="checkbox"/> wegen Ausübung des Militärdienstes | <input type="checkbox"/> wegen Ausübung öffentlicher Ämter, die durch Wahl besetzt werden | <input type="checkbox"/> per obblighi militari | <input type="checkbox"/> per funzioni pubbliche elettive |
| <input type="checkbox"/> nach einer Adoption eines Minderjährigen oder Unterbringung eines Minderjährigen in einer Pflegefamilie für den Zeitraum von neun Monaten nach Eintritt des Minderjährigen in die Familie | <input type="checkbox"/> wegen Schwangerschaft, Geburt und Stillpausen, unter Einhaltung der Fristen und der Bedingungen gemäß den Bestimmungen des Mutterschutzes | <input type="checkbox"/> a seguito di adozione di minori e di affidamento familiare per i nove mesi successivi all'effettivo ingresso del minore nella famiglia | <input type="checkbox"/> gravidanza, parto ed allattamento, nei termini e alle condizioni di cui alle norme per la tutela della maternità |
| <input type="checkbox"/> aus Studien- und beruflichen Fortbildungsgründen oder wegen Jahresurlaub bis zu einer Höchstdauer von 30 Kalendertagen im Jahr | | <input type="checkbox"/> per studio e aggiornamento professionale o ferie annuali per un massimo di 30 giorni all'anno | |

STEMPEL DER APOTHEKE
TIMBRO DELLA FARMACIA

Unterschrift der Inhaberin oder des Inhabers/ der verantwortlichen Direktorin oder verantwortlichen Direktors
Firma della o del titolare/ direttrice o direttore responsabile

Datum - Data

* Ersetzungen, die über 7 Tage dauern, sind ordnungsgemäß dem zuständigen Landesassessorat zu melden.
Le sostituzioni oltre i 7 giorni vanno regolarmente denunciate al competente Assessorato provinciale.