

**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"/> wegen Ausübung des Militärdienstes  | <input type="checkbox"/> wegen Ausübung öffentlicher Ämter, die durch Wahl besetzt werden  |
| <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"/> aus Studien- und beruflichen Fortbildungsgründen oder wegen Jahresurlaub bis zu einer Höchstdauer von 30 Kalendertagen im Jahr  | " "y gi gp"Wrwrd"  |

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> per motivi di salute fino a guarigione   | <input type="checkbox"/> per gravi motivi di famiglia   |
| <input type="checkbox"/> per obblighi militari  | <input type="checkbox"/> per funzioni pubbliche elettive  |
| <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"/> per studio e aggiornamento professionale o ferie annuali per un massimo di 30 giorni all'anno  | " " r gt"tqtlg"   |

STEMPEL DER APOTHEK"  
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.