**Dot. nieobecności w pracy**

**kierownika apteki**

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisana/y mgr farm. ………………………………………………………………….……………….…………………………….

legitymująca/y się prawem wykonywania zawodu nr ……………………………………....…..

**w związku z moją nieobecnością w pracy** od dnia ………………….…….….……… do dnia ………………………………… spowodowaną ………………………………………………………………………………………………………………………………..…………

**powierzam**

**funkcję zastępcy kierownika apteki** /**apteki szpitalnej**/ **działu farmacji szpitalnej** zlokalizowanej/ego w ………………..………………… przy ul. ………………………………………………………………………………

należącej/ego do ………………………………………………………….....................................................................…………

……………………………………………………………………………......... ……......……………………..…………..

 (miejscowość, data) (podpis kierownika apteki )

Ja niżej podpisana/y mgr farm. ………………………………………………..………………………………….………..………………… ,

legitymująca/y się prawem wykonywania zawodu nr ……………….………………………..…… ,

spełniająca/y wymagania określone odpowiednio w art. 88 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2021 r. poz. 974 z póżn. zm.)

**podejmuję się pełnić od dnia** ………………….…………………….. **do dnia** ……………………………………………………. **funkcję zastępcy kierownika apteki** /**apteki szpitalnej**/ **działu farmacji szpitalnej** zlokalizowanej/ego w ………………..………………… przy ul. ………………………………………………………………………………

należącej/ego do …………………………………………………………............................................................................... **w związku z nieobecnością w pracy**  **obecnego kierownika** – Pani/a mgr farm. ……………………..………..

………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………....... …………………......……………………..…………..

 (miejscowość, data) (podpis **podejmującego** obowiązki zastępcy)

**PRZEBIEG PRACY ZAWODOWEJ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | adres apteki | stanowisko | Wymiar czasu pracy | Okres zatrudnienia |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |