**DICHIARAZIONE DI INDISPONIBILITA’**

Io sottoscritto ………………………… nato a …………………. e residente a …………………………

Nel ruolo di ……………………………. Presso la farmacia ……………………….. con sede nella città di ………………………… (……) indirizzo ……………………….. recapito telefonico

**DICHIARO**

Con la presente di non riuscire a reperire il farmaco ………………… nel dosaggio ………………presso la rete distributiva nei tempi previsti dalla legge a causa di ………………………… / motivo non noto.

Data ………………..

 In fede (timbro e firma)

 ……………………………………………………