

## 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)

.....