

Farmacia _____
Codice regionale _____
Comune _____

Spett. le A.S.P. di Catanzaro
UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale

OGGETTO: Richiesta Autorizzazione sostituzione temporanea nella conduzione professionale della farmacia.

Il/la sottoscritto/a _____, Legale Rappresentante della
Farmacia _____ sita nel Comune di _____ alla
Via _____

Chiede

l'autorizzazione alla sostituzione temporanea nella conduzione professionale della farmacia per il
periodo dal _____ al _____ per la seguente motivazione (art. 7 e 11 legge 362/91):

- a) Infermità;
- b) Gravi motivi di famiglia;
- c) Gravidanza, parto e allattamento, nei termini e con le condizioni di cui alle norme sulla tutela della maternità;
- d) A seguito di adozioni di minori e di affidamento familiare per i 9 mesi successivi all'effettivo ingresso del minore nella famiglia;
- e) Servizio militare;
- f) Chiamata a funzioni pubbliche elettive o incarichi sindacali elettivi a livello nazionale;
- g) Ferie

Allega a riguardo la seguente documentazione a supporto:

- ✓ _____
- ✓ _____
- ✓ _____

Nomina Direttore nella conduzione professionale della farmacia, per tutta la durata della sostituzione, il/la
dott./dott.ssa _____ iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di
_____ al n. _____.

Il dott. _____ è già farmacista collaboratore presso la farmacia in oggetto.

Oppure, se non collaboratore:

Si allegano autocertificazione del Farmacista sostituto e fotocopia della sua carta d'identità.

Luogo

Data.....

Il Farmacista nominato nella Direzione tecnica

Il Legale Rappresentante

.....
(firma per accettazione)

.....
(timbro e firma per esteso)

Il Farmacista nominato nella Direzione tecnica dichiara, sotto la propria responsabilità, che non sussistono
incompatibilità, ai sensi della vigente normativa, alla copertura dell'incarico.

.....
(firma)

N.B.: barrare la voce di interesse e compilare tutti i campi.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a.....codice fiscale
Nato/a a..... il..... Residente a.....Via/
.....n. civico..... Recapito/domicilio
presso..... Via n. civico ...

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000

D I C H I A R A

1. Di essere in possesso del/i seguente/i titoli di studio:

Laurea in

Conseguita presso il

2. Di essere abilitato/a all'esercizio della professione di farmacista avendo superato l'esame di stato presso l'Università degli Studi di..... nell'annoe regolarmente iscritto/a all' Albo Professionale dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di..... al n..... dal

3. Che non sussistono incompatibilità, ai sensi della vigente normativa, alla copertura dell'incarico.

4. Di avere il seguente indirizzo di posta elettronica certificata PEC

Allega alla presente copia del Documento di Identità n. del.....
Rilasciato da

Luogo.....

Data

Il Dichiarante

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.lgs. n.196/03, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.