**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA TEMPORANEA SOSTITUZIONE NELLA GESTIONE DELLA FARMACIA (art. 11 L. 362/91 e s.m.i.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Il/La sottoscritt.. dott.. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ❒ Titolare❒ Direttore Responsabile❒ Gestore provvisorio |
| della Farmacia: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Codice: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| sita in località: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Via/Piazza: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**CHIEDE**

l’autorizzazione alla sostituzione temporanea con altro farmacista, **iscritto all’Ordine dei Farmacisti ed** **in possesso del requisito dell'idoneità** previsto dall'articolo 12 L.475/1968 e s.m.i., nella conduzione professionale della Farmacia dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_per i seguenti motivi:

|  |  |
| --- | --- |
| **1** ❒ gravi motivi di famiglia  | **2** ❒ infermità |
| **3** ❒ gravidanza, parto, allattamento | **4** ❒ ferie |
| **5** ❒ a seguito di adozione di minori e di affidamento familiare | **6** ❒ servizio militare |
| **7** ❒ funzioni pubbliche elettive o incarichi sindacali |  |

Il farmacista da me indicato è il Dott.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

che **DICHIARA** ai sensi degli **artt. 47 e 46 D.P.R. n. 445/2000, e ss.mm.ii,** consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di essere iscritto all’Ordine dei Farmacisti della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e di essere in possesso **dell'idoneità** conseguita con:

 ❒ **concorso** espletato presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 ❒ **due anni di pratica professionale**

espletati presso Farmacia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sita in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov.( ) dal \_\_\_\_al\_\_\_\_\_;

espletati presso Farmacia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sita in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov.( ) dal \_\_\_\_al\_\_\_\_\_;

**appone la propria firma per accettazione e sottoscrizione delle dichiarazioni:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

e allega alla presente copia di un documento di identità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ datato e firmato.

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| *Timbro della Farmacia* |  **Il Titolare/Direttore/Gestore provvisorio** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

***La comunicazione della sostituzione dovrà essere inviata alla Struttura Servizio Farmaceutico dell'ATS tramite P.E.C.*** ***protocollo@pec.ats-brianza.it*** ***al massimo entro tre giorni dopo l’inizio della sostituzione salvo i casi 1 e 2. La richiesta dovrà essere adeguatamente compilata in ogni sua parte e completa di documentazione comprovante la necessità di sostituzione ad eccezione del punto 4. Non verranno prese in considerazione domande incomplete o pervenute oltre i termini indicati.***