

Spett.le
ATS di Brescia
Servizio Farmaceutico
protocollo@pec.ats-brescia.it

Richiesta di autorizzazione alla sostituzione temporanea nella direzione della farmacia
(art. 11 L. 362/1991 e ss.mm.ii.)

Il/La sottoscritto/a

<i>Cognome</i>	<i>Nome</i>

titolare/direttore della farmacia

Denominazione			
Codice regionale	Comune		
Via		n.	

chiede

l'autorizzazione alla sostituzione temporanea nella conduzione professionale della farmacia

DAL				AL			
	gg	mm	aaaa		gg	mm	aaaa

per il seguente motivo:

<input type="checkbox"/> ferie	<input type="checkbox"/> adozione/affidamento (alleg. doc. specifica)
<input type="checkbox"/> gravi motivi di famiglia	<input type="checkbox"/> chiamata a funzioni pubbliche elettive
<input type="checkbox"/> malattia (all. certificato medico)	<input type="checkbox"/> servizio militare (alleg. doc. specifica)
<input type="checkbox"/> gravidanza/parto/allattamento (all. certificato medico)	

Il farmacista incaricato è il/la dott./dott.ssa

<i>Cognome</i>	<i>Nome</i>
Codice Fiscale	

Nato/a a			il
Residente a			Provincia:
Via/Piazza			Nr.
Iscritto all'Ordine dei Farmacisti di			
	Provincia	Data iscrizione	nr. iscrizione

che **dichiara**, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000 di essere in possesso del **requisito dell'idoneità** previsto dall'art. 12 della L. n. 475/1968 e ss.mm.ii. conseguito:

<input type="checkbox"/> per concorso per sedi farmaceutiche della Provincia		In data		
<input type="checkbox"/> per svolgimento pratica professionale biennale presso le seguenti farmacie:				
FARMACIA (denominazione /via/comune)	DAL	AL	ORE SETTIMANALI	QUALIFICA collaboratore/direttore

Dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445 e ss.mm.ii., di:

- non essere titolare, gestore provvisorio, direttore o collaboratore di altra farmacia;
- non essere farmacista responsabile della vendita diretta di medicinali veterinari presso magazzino autorizzato.

Data _____

IL FARMACISTA TITOLARE/DIRETTORE

_____ *firma e timbro della farmacia*

IL FARMACISTA INCARICATO (*per accettazione*)

_____ *firma*

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dagli interessati e inviata all'ufficio competente tramite p.e.c., unitamente a **copia non autentica di valido documento d'identità del collaboratore dichiarante**

LA SOSTITUZIONE DOVRÀ ESSERE COMUNICATA **ENTRO 3 GIORNI** AL SERVIZIO FARMACEUTICO DELL'ATS DI BRESCIA, UNITAMENTE ALLA DOCUMENTAZIONE CHE GIUSTIFICA LA SOSTITUZIONE NEI CASI PREVISTI (art. 14 DPR n. 1275/1971)