

Spett.le  
ATS di Brescia  
Servizio Farmaceutico  
[protocollo@pec.ats-brescia.it](mailto: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

Via

|  |        |    |
|--|--------|----|
|  |        |    |
|  | Comune |    |
|  |        | n. |

**chiede**

l'autorizzazione alla sostituzione temporanea nella conduzione professionale della farmacia

|            |    |    |      |           |    |    |      |
|------------|----|----|------|-----------|----|----|------|
| <b>DAL</b> |    |    |      | <b>AL</b> |    |    |      |
|            | gg | mm | aaaa |           | gg | mm | aaaa |

per il seguente motivo:

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

**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 DPR 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<br>(denominazione /via/comune)                                                              | DAL | AL      | ORE<br>SETTIMANALI |
|                                                                                                      |     |         |                    |
|                                                                                                      |     |         |                    |
|                                                                                                      |     |         |                    |

Data \_\_\_\_\_

IL FARMACISTA TITOLARE/DIRETTORE

\_\_\_\_\_ *timbro e firma 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)