

FARMACIE – COMUNICAZIONE NOMINA DIRETTORE di FARMACIA (1)

(R.D. 1706/38 – L. 475/68- L. 392/91 - L. 124/2017 e smi)

- **All’Azienda USL Toscana Centro Dipartimento del Farmaco- SOS Vigilanza sulle farmacie Ambito territoriale di :** Firenze Empoli Pistoia Prato
(barrare la casella relativa all’ambito territoriale in cui ha sede la farmacia)
Via pec farmaco.uslcentro@postacert.toscana.it

- **Al Comune/ al SUAP del Comune di** _____

scrivere solo in stampatello

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____

in qualità di LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA SOCIETA' ALTRO _____

con Denominazione/Ragione Sociale _____

Cod Fisc/ PIVA _____ autorizzato alla titolarità della **FARMACIA** sede n. _____ del
Comune di _____ DENOMINATA _____

Sita in via /p.zza _____ n. _____ Cod reg. _____

COMUNICA CHE DAL GIORNO ____ / ____ / ____ **LA DIREZIONE DELLA FARMACIA E' AFFIDATA AL**
Dr/Dr.ssa _____ COD FISC _____,

residente in _____ via/pzza _____ n. _____

Iscritt _ all'Ordine dei farmacisti della provincia di _____ n. di iscriz. _____ ,

tel cell _____ ed in possesso dei requisiti richiesti.

Consapevole che la nomina prevede anche l’assegnazione delle credenziali SOGEI da parte della ASL, dichiara che ogni modifica sarà comunicata prontamente a Codesti Spettabili Uffici in tempi utili per lo svolgimento di tutte le procedure amministrative compreso quelle relative ai suddetti adempimenti.

Si allegano i seguenti documenti relativi al Direttore incaricato:

- Autocertificazione di essere iscritto all’Ordine professionale alla data della presente comunicazione **(2)**
- Attestato ASL oppure Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà relativa al possesso del requisito di idoneità acquisito per concorso per assegnazione sedi farmaceutiche ovvero per svolgimento di almeno due anni di pratica professionale ai sensi art. 6 L. 892/1984 (Obbligatorio per farmacie PRIVATE a gestione societaria sec Legge 124/17 art 1 c.157, non per le PUBBLICHE) **(1)**
- Copia del codice fiscale

Li _____ data _____

Il Farmacista DIRETTORE per accettazione, presa
visione ed autorizzazione al trattamento dei propri dati
personali ai sensi D.Lvo 196/03

Il legale rappresentante/altro

(firma per esteso)

(Timbro e firma per esteso)

(1) Utilizzare l'apposita modulistica predisposta da ASLTC