

AUTORIZZAZIONE SOSTITUZIONE TEMPORANEA DIRETTORE FARMACIA

(R.D. 1706/38 art 33 – D.P.R. 1275/71 art 14 e L 392/91 art 7 e 11 modificati con L. 124/2017)

All'Azienda USL Toscana Centro

Dipartimento del Farmaco – SOS Vigilanza sulle Farmacie

farmaco.uslcentro@postacert.toscana.it

Ambito territoriale di Firenze Empoli Pistoia Prato

barrare la casella relativa all'ambito territoriale in cui ha sede la farmacia e scrivere solo in stampatello

Il/la sottoscritto Dr. Dr.ssa _____ in qualità di Direttore della

Farmacia _____ Cod.regionale _____ sita in

Via/Pzza _____ n. _____ Comune di _____ (____)

CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE ALLA SOSTITUZIONE TEMPORANEA NELLA DIREZIONE della FARMACIA

dal (gg/mm/aa) ___/___/_____ al (gg/mm/aa) ___/___/_____ con il/la

Dr./ Dott.ssa _____ Cod fiscale _____

Residente a _____ via/pzza _____ n. _____

iscritt__ all'Ordine farmacisti di _____ n. _____ cell _____

che si assume la responsabilità della direzione a tempo pieno per il periodo indicato (3)

Motivo della sostituzione sec art 7/11 L. 362/91 (barrare casistica)

1	INFERMITA'	2	GRAVI MOTIVI DI FAMIGLIA
3	ASPETTATIVA GRAVIDANZA/PUERPERIO	4	ADOZIONE MINORI
5	SERVIZIO MILITARE	6	CHIAMATA A FUNZIONI PUBBLICHE ELETTIVE O INCARICHI SINDACALI
7	FERIE		

allegati:

- Attestato ASL oppure Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà relativa al possesso del requisito di idoneità acquisito per concorso per sedi farmaceutiche ovvero per acquisita pratica professionale ai sensi art. 6 L. 892/1984 - **Obbligatorio per farmacie PRIVATE a gestione societaria sec L. 124/17 art 1 c.157 (4)**
- copia codice fiscale del sostituto
- dichiarazione del sostituto di essere iscritto all'ordine dei farmacisti alla data dell'incarico **(4)**

Il Direttore della farmacia

Il Farmacista per accettazione dell'incarico, presa visione e autorizzazione al trattamento dei propri dati personali ai sensi D.Lvo 196/03

(firma)

(firma)

Data di ricevuta ASL (fa fede data pec) (1) _____

data, timbro, firma funzionario ASL

SI autorizza NON SI autorizza

(1) Per i casi 3-4-5-6-7 la presente richiesta deve pervenire alla Asl con anticipo di almeno tre giorni dalla decorrenza, per i casi 1 e 2 (assenza improvvisa non programmabile) entro tre giorni dalla decorrenza.

(2) Escluso per caso 7 (ferie) allegare documentazione giustificativa (es certificato medico infermità/gravidanza, altro sec casistica)

(3) In caso di sostituzione prolungata è obbligatoria l'assegnazione di nuove credenziali SOGEL al sostituto

(4) Utilizzare l'apposita modulistica predisposta da ASLTC