

FARMACIE – COMUNICAZIONE NOMINA DIRETTORE DI FARMACIA

(R.D. 1706/38 – L. 475/68 – L. 392/91 – L. 124/2017 e s.m.i.)

All'Azienda USL Toscana Centro

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

Via PEC: farmaco.uslcentro@postacert.toscana.it

Il/La Sottoscritto/a _____
Codice Fiscale _____

LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA SOCIETA'

in qualità di:

ALTRO

con denominazione / Ragione Sociale _____

Cod. Fisc. / P.IVA _____

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 A:

Dr. / Dr.ssa _____

residente in _____

Via/P.zza _____ 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 SOGEL 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 **(1)**
- 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) **(2)**
- Copia del codice fiscale

Il Legale rappresentante / altro

Li ____/____/____, Luogo _____

(timbro e firma per esteso)

Il Farmacista DIRETTORE

Per accettazione, presa visione ed autorizzazione al trattamento dei propri dati personali ai sensi D.Lvo 195/03

(firma per esteso)

(1-2) utilizzare l'apposita modulistica predisposta da ASL TC