

**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

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](mailto:farmaco.uslcentro@postacert.toscana.it)

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa \_\_\_\_\_ in qualità di Direttore della Farmacia \_\_\_\_\_ codice regionale \_\_\_\_\_  
Sita in via/P.zza \_\_\_\_\_ 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./Dr.ssa \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_  
Via/P.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Iscritt \_\_\_\_\_ all'Ordine dei 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)**

- |                                                             |                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> INFERMITA'                         | <input type="checkbox"/> GRAVI MOTIVI DI FAMIGLIA                                     |
| <input type="checkbox"/> ASPETTATIVA GRAVIDANZA / PUERPERIO | <input type="checkbox"/> ADOZIONE MINORI                                              |
| <input type="checkbox"/> SERVIZIO MILITARE                  | <input type="checkbox"/> CHIAMATA A FUNZIONI PUBBLICHE ELETTIVE O INCARICHI SINDACALI |
| <input type="checkbox"/> 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 RICEVUTA ASL (fa fede data PEC) (1)** \_\_\_\_\_

- SI autorizza  
 NON SI autorizza

**data, timbro, firma funzionario ASL**

**(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.