

Struttura Semplice Farmaceutica Territoriale

Responsabile: Dr.ssa Lucia Clemente

Via dei Ponderanesi, 2 – 13875 Ponderano (Biella)

Tel. 015-15159140 Fax. 015-15159141

farmaceutica.territoriale@aslbi.piemonte.it

Pec: farmaceutica.territoriale@cert.aslbi.piemonte.it

**AL RESPONSABILE
S.S. FARMACEUTICA TERRITORIALE
ASL BI
VIA DEI PONDERANESI, 2
13875 PONDERANO**

OGGETTO: sostituzione temporanea del titolare/direttore

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa , in qualità
di (*bararre la scelta*):

☐ Titolare

☐ Direttore

☐ Gestore provvisorio

della Farmacia (*denominazione*)

sita in Via

nel Comune di

prov.

CHIEDE

ai sensi dell'art. 11 della L. 2 aprile 1968 n. 475 così come modificato dalla L. 362/1991 e ss.mm.ii.,
l'autorizzazione ad essere sostituito temporaneamente nella conduzione professionale (= Direzione
tecnica) della suddetta farmacia dal/dalla Dr. /Dr.ssa:

nel periodo dal

al

per la seguente motivazione (*bararre la scelta*)

- a) ☐ infermità;
- b) ☐ gravi motivi di famiglia;
- c) ☐ gravidanza, parto ed allattamento, nei termini e condizioni di cui alle norme sulla tutela della maternità;
- d) ☐ a seguito di adozione di minori e di affidamento familiare per i nove mesi successivi all'effettivo ingresso del minore nella famiglia;
- e) ☐ per servizio militare;
- f) ☐ per chiamata a funzioni pubbliche elettive o per incarichi sindacali elettivi a livello nazionale;
- g) ☐ per ferie (*).

(*) Si allega la documentazione attestante la necessità di sostituzione ad eccezione del punto g).

Struttura Semplice Farmaceutica Territoriale

Responsabile: Dr.ssa Lucia Clemente

Via dei Ponderanesi, 2 – 13875 Ponderano (Biella)

Tel. 015-15159140 Fax. 015-15159141

farmaceutica.territoriale@aslbi.piemonte.it

Pec: farmaceutica.territoriale@cert.aslbi.piemonte.it

Si precisa che il farmacista a cui verrà affidato l'incarico è in possesso del requisito dell'idoneità previsto dall'articolo 12 della legge 2 aprile 1968, n. 475 ed ss.mm.ii. e risulta essere *(bararre la scelta)*:

- 1) ☐ Socio collaboratore della società titolare della Farmacia;
- 2) ☐ Farmacista collaboratore operante presso la Farmacia, per il quale è già stata inviata la dovuta documentazione;
- 3) ☐ Farmacista non operante presso la Farmacia e pertanto, del medesimo si allega dichiarazione sostitutiva di certificazione, inerente i propri dati personali e professionali *(compilare Allegato 1)*.

Si dichiara, altresì che il farmacista che opererà la sostituzione, effettuerà servizio a tempo pieno per il periodo sopra indicato, apponendo la firma per accettazione.

Data:

Firma del Titolare/Direttore/Gest.Provv.

(firma per esteso e leggibile)

Firma per accettazione del farmacista incaricato

(firma per esteso e leggibile)

N.B. Non verranno accettati i moduli non correttamente e completamente compilati

Struttura Semplice Farmaceutica Territoriale

Responsabile: Dr.ssa Lucia Clemente

Via dei Ponderanesi, 2 – 13875 Ponderano (Biella)

Tel. 015-15159140 Fax. 015-15159141

farmaceutica.territoriale@aslbi.piemonte.it

Pec: farmaceutica.territoriale@cert.aslbi.piemonte.it

Allegato 1

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
-ai sensi degli artt. 46, 48, 49, D.P.R. 28 Dicembre 2000 n.445-

Il/la sottoscritto/a

nato/a a il

C.F. e residente a

in Via/Piazza n°.

Consapevole ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000 della propria responsabilità penale nel caso di dichiarazioni non veritiere, ed ai sensi dell'art. 75 D.P.R. 445/2000 nel caso di falsità negli atti ed uso di atti falsi, decadrà dai benefici conseguenti eventualmente ottenuti

DICHIARA

- di essersi laureata/o in presso l'Università degli Studi di il ;
- ed abilitato/a alla professione presso l'università degli Studi di nella sessione di ;
- di essere iscritto/a all'Albo dei Farmacisti della Provincia di dal con il n° ;

Allega alla presente:

- Fotocopia documento d'identità in corso di validità.
- Fotocopia codice fiscale

Struttura Semplice Farmaceutica Territoriale

Responsabile: Dr.ssa Lucia Clemente

Via dei Ponderanesi, 2 – 13875 Ponderano (Biella)

Tel. 015-15159140 Fax. 015-15159141

farmaceutica.territoriale@aslbi.piemonte.it

Pec: farmaceutica.territoriale@cert.aslbi.piemonte.it

Data:

Firma

(firma per esteso e leggibile)

Esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione per tutte le fasi del procedimento avviato con la presente dichiarazione ai sensi e per gli effetti della Legge n. 675/96.

Data:

Firma

(firma per esteso e leggibile)