

Allegato B – Sostituzione temporanea Direttore

All'Azienda Sanitaria Locale (A.S.L.) N.3 Pescara
c.a. Direttore Servizio Farmaceutico Territoriale
Via Paolini n. 47 Pescara
PEC protocollo.aslpe@pec.it

Oggetto: Comunicazione relativa agli addetti all'esercizio farmaceutico. (art. 12 D.P.R. 21/8/1971 n.1275 - art. 11, comma 2, L. 362/1991 - artt. 46 e 47 D.P.R. 28/12/2000 n.445)

Il/La sottoscritt.....Dr/Dr.ssa.....

Titolare (se persona fisica)/Direttore della sede farmaceutica n.ubicata in via..... Comune di, avendo necessità di interrompere temporaneamente la conduzione tecnica dell'esercizio farmaceutico predetto nel periodo dal al(indicare il primo e l'ultimo giorno di servizio), per il seguente motivo (barrare la relativa casella):

- Per infermità**
- Per motivi di famiglia**
- Per gravidanza, parto e allattamento**
- A seguito di adozione di minori e di affidamento per i nove mesi successivi all'effettivo ingresso del minore**
- Per servizio militare**
- Per chiamata a funzioni pubbliche elettive o per incarichi sindacali elettivi a livello nazionale**
- Per ferie**

CHIEDE

di essere autorizzat..... alla sostituzione a norma dell'art. 11, 2° comma, Legge 362/1991 e al conferimento della direzione tecnica della Farmacia. A tal fine

INDICA

nella persona del Dr/Dr.ssa..... cod. fiscale.....iscritto/a all'ordine din° iscrizione.....dal.....

- già Collaboratore di questa farmacia - giusta comunicazione del
- nuovo Collaboratore di questa farmacia - inizio rapporto come da presente comunicazione (**compilare contestualmente anche allegato A - Collaboratori***).

in possesso del requisito dell'idoneità previsto dall'art.12 della L.475/1968 e s.m.i. conseguito:

- tramite concorso ordinario per sedi farmaceutiche
- per acquisita pratica professionale biennale

Il Direttore sostituito assume la direzione della Farmacia a tempo pieno (circolare 35043 del 14/06/2019 del Ministero della Salute) Lo/a stesso/a sottoscrive per accettazione la presente istanza.

Dr/Dr.ssa _____ Dr./sa _____
(per accettazione) (in fede)

..... li

In fede
Titolare (se persona fisica) /Direttore

.....

N.B.: La richiesta va presentata all'Ufficio almeno 7 giorni lavorativi prima della data di inizio assenza

Documenti da allegare all'istanza:

- **Documentazione giustificativa della sostituzione** per i casi previsti alle lettere a,c,d,e,f - 2° comma, art.11 Legge 362/1991 OVVERO dichiarazione sostitutiva atto di notorietà resa ai sensi del DPR 445/2000;
- **Documentazione relativa al Direttore incaricato:** certificato di iscrizione all'Albo professionale OVVERO dichiarazione sostitutiva atto di notorietà relativo alla iscrizione all'Ordine dei Farmacisti e al possesso dei requisiti di idoneità (obbligatorio per i casi normati dalla Legge 124/2017);
- ***Allegato A – Collaboratori** nel caso di inizio rapporto di lavoro del Direttore incaricato