



SOSTITUZIONE TEMPORANEA TITOLARE/DIRETTORE FARMACIA
(R.D. 1706/38 art. 33 - D.P.R. 1275/71 art. 14 e L. 362/91 artt. 7 e 11 modificati con L. 124/2017)

Alla UOC Farmaceutica Territoriale ambito:

PEC: direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

☐ MASSA ☐ VERSILIA ☐ LUCCA ☐ PISA ☐ LIVORNO

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di ☐ LEGALE RAPPRESENTANTE / ☐ TITOLARE UNICO
della FARMACIA denominata _____
C.F./P.IVA _____ Cod.reg. _____
Sita in _____ via/p.zza _____ n. _____

CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE ALLA SOSTITUZIONE TEMPORANEA

del/della dott./dott.a _____ nella conduzione tecnica
della FARMACIA denominata _____
dal (gg/mm/aa) _____ al (gg/mm/aa) _____ estremi compresi,
con il dott./dott.a _____ codice fiscale _____
iscritto/a al n. _____ dell'Albo dell'Ordine dei Farmacisti della provincia di _____

MOTIVO DELLA SOSTITUZIONE ART.11 L.475/68 E SMI (BARRARE CASISTITCA)^{1,2, 3}

- | | |
|--|--|
| ☐ a) INFERMITA' | ☐ b) GRAVI MOTIVI DI FAMIGLIA |
| ☐ c) ASPETTATIVA GRAVIDANZA/PUERPERIO | ☐ d) ADOZIONE MINORI |
| ☐ e) SERVIZIO MILITARE | ☐ f) CHIAMATA A FUNZIONI PUBBLICHE ELETTIVE O INCARICHI SINDACALI |
| ☐ g) FERIE | |

(1) In caso di sostituzione **superiore a tre mesi** verranno assegnate nuove credenziali SOGEI al sostituto(2) Per i casi **c)-d)-e)-f)-g)** la presente richiesta deve pervenire **all'indirizzo PEC Asl** con **anticipo di** almeno **quindici giorni** dalla decorrenza, per i casi **a) e b)** (assenza improvvisa non programmabile) **entro tre giorni dalla decorrenza**.(3) Allegare documentazione giustificativa della sostituzione, tranne che per il caso g).**Si allegano:**

- Dichiarazione sostitutiva per direttore farmacia (**modulo All.A**) OBBLIGATORIO per farmacie private a gestione societaria L.124/2017, da compilare a cura del farmacista sostituto;
- Copia documento di identità in corso di validità di entrambi i firmatari (non richiesti in caso di apposizione di firma digitale).

Luogo _____ e Data _____

Il farmacista sostituto (per accettazione)

TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE

(firma per esteso)

(firma per esteso)

DA COMPILARE A CURA DELLA UOC FARM.TERR.LE - DATA RICEVUTA ASL (fa fede data PEC)

☐ Si autorizza ☐ Non si autorizza

Data, timbro, firma funzionario ASL



SOSTITUZIONE TEMPORANEA TITOLARE/DIRETTORE FARMACIA
(R.D. 1706/38 art. 33 - D.P.R. 1275/71 art. 14 e L. 362/91 artt. 7 e 11 modificati con L. 124/2017)