



**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](mailto: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)<sup>1,2, 3</sup>**

- |                                                              |                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a) INFERMITA'                       | <input type="checkbox"/> b) GRAVI MOTIVI DI FAMIGLIA                                     |
| <input type="checkbox"/> c) ASPETTATIVA GRAVIDANZA/PUERPERIO | <input type="checkbox"/> d) ADOZIONE MINORI                                              |
| <input type="checkbox"/> e) SERVIZIO MILITARE                | <input type="checkbox"/> f) CHIAMATA A FUNZIONI PUBBLICHE ELETTIVE O INCARICHI SINDACALI |
| <input type="checkbox"/> 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)