

**Modulo da presentare alle USL per la richiesta di autorizzazione alla sostituzione temporanea del
Direttore della Farmacia**

Spett. USL UMBRIA 2

Dipartimento Assistenza Farmaceutica e
Patologia Clinica

PEC: aslumbria2@postacert.umbria.it

OGGETTO: SOSTITUZIONE TEMPORANEA DELLA DIREZIONE

Il sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____ titolare / direttore della
Farmacia _____ Cod Reg _____ sita in _____ Via _____

CHIEDE

che sia autorizzata la propria sostituzione temporanea nella direzione della suddetta Farmacia

dal _____ al _____

Per il seguente motivo:

- ☐ Per infermità
- ☐ Per motivi di famiglia
- ☐ Per gravidanza, parto ed 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

e di conferire, per il suddetto periodo, la direzione tecnica della Farmacia al

Dr/Dr.ssa. _____ nato/a a _____ il _____

Iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti di _____ al n° _____ dal _____

- ☐ già in servizio presso questa Farmacia dal _____
- ☐ non in servizio presso la Farmacia

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 sostituto assume la direzione della Farmacia a tempo pieno (circolare 35043 del 14/06/2019 del Ministero della Salute)

Firma del farmacista incaricato
Per accettazione

Timbro della Farmacia e
firma del titolare/direttore