

Modulo da presentare alle USL per la nomina del Direttore

Spett. USL UMBRIA 2

Dipartimento Assistenza Farmaceutica e
Patologia Clinica

PEC: aslumbria2@postacert.umbria.it

OGGETTO: NOMINA DIREZIONE FARMACIA

Il/la sottoscritto/a _____,
legale rappresentante della società _____,
titolare della sede farmaceutica codice Regionale n. _____
denominato/a _____,
e sito/a in _____,

COMUNICA

la nomina a far tempo dal _____ della Direzione Tecnica della
Farmacia al/alla Dr./Dr.ssa _____, nata a _____ il
_____ e iscritta/o all'Ordine dei
Farmacisti di _____ al n° _____ dal _____
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 assume la direzione della Farmacia a tempo pieno (circolare 35043 del 14/06/2019 del Ministero della Salute)

Si allegano alla presente

- Autocertificazione di iscrizione all'Ordine dei Farmacisti
- Dichiarazione sostitutiva di idoneità alla titolarità di cui all'art.12 della L. 475/1968 e s.m.i.
- Dichiarazione sostitutiva di assenza di incompatibilità di cui all'art.13 della L. 475/1968 e s.m.i.

Firma del farmacista incaricato
Per accettazione

Timbro della Farmacia e
firma del legale rappresentante

N.B.: questo modulo non può essere utilizzato dalla Farmacie titolari individuali che non hanno la possibilità di nominare un direttore se non per una sostituzione di breve periodo