

Modello domanda di Autorizzazione alla sostituzione di direttore di farmacia
(in bollo da € 16,00)

Al Dipartimento Sanità
Servizio Assistenza Farmaceutica
Ufficio Pianificazione Assistenza Farmaceutica
Via Conte di Ruvo, 74
65127 PESCARA
DPF003@pec.regione.abruzzo.it

Oggetto: Sede farmaceutica unica/n.....del Comune di.....- Richiesta autorizzazione alla sostituzione del direttore.

Con la presente il sottoscritto dr./dr.ssa..... nato/a a residente in
Codice Fiscale in qualità di*.....titolare della sede farmaceutica
unica/n.....del Comune di....., autorizzato alla gestione della sede di cui trattasi, giusta
Deliberazione di Giunta Regionale /Determinazione/Ordinanza n.....del..... che si allega in copia,

CHIEDE

l'autorizzazione alla sostituzione del farmacista direttore dr./dr.ssanato/a.... il..... con il dr/
dr.ssanato/a.....il.....

A tal fine si allega la seguente documentazione prodromica al rilascio della autorizzazione regionale inerente il farmacista nominando/a:

1. dichiarazione sostitutiva di certificazione di nascita e residenza del direttore incaricato;
2. dichiarazione sostitutiva di certificazione di godimento dei diritti politici del direttore incaricato;
3. dichiarazione sostitutiva di certificazione di laurea in Farmacia conseguita presso Università degli Studi..... in data
4. dichiarazione sostitutiva di certificazione del direttore incaricato attestante l'abilitazione all'esercizio della professione presso l'Università degli Studi dinella sessionedell'anno.....;
5. dichiarazione sostitutiva di certificazione del direttore incaricato attestante la sussistenza dei requisiti di cui all'art.12 L.475/1968 – idoneità all'esercizio della professione acquisita per compiuta pratica o per concorso (indicare il periodo di servizio (dal ... al...) fino a compimento dei due anni e la sede farmaceutica/ le sedi farmaceutiche presso la/le quale/li è stato prestato il relativo servizio professionale, ovvero per concorso-indicare gli estremi del provvedimento di pubblicazione della graduatoria (delibera/determinazione, data e numero) e l'Ente che ha rilasciato il provvedimento;
6. dichiarazione sostitutiva di certificazione del direttore incaricato di iscrizione all'Ordine dei Farmacisti della Provincia didal.....con il numero.....;
7. dichiarazione sostitutiva di certificazione del direttore incaricato di non aver subito condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso;
8. dichiarazione sostitutiva di certificazione del direttore attestante l'inesistenza di cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 67 del D. Lgs. 06.09.2011, n. 159 e s.m.i.;

9. dichiarazione di insussistenza delle cause di incompatibilità di cui all'art.13 L.475/1968 e agli artt. 7 e 8 L.362/1991 del direttore incaricato;
10. fotocopia del documento d'identità e fotocopia del codice fiscale;

Si allega, inoltre, marca da bollo da € 16,00 da apporre sul provvedimento amministrativo richiesto, ai sensi e per gli effetti del D.M.20.08.1992 – G.U. 21.08.1992, n.196 S.O. - .

*erede/i del defunto,
rappresentante legale della società
rappresentante legale dell'ente comunale

Il Farmacista richiedente
