

**MODELLO DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOSTITUZIONE DI DIRETTORE DI FARMACIA (in bollo da € 16,00)**

Al  
Dipartimento per la Salute e il Welfare  
Servizio Assistenza Farmaceutica; Attività Trasfusionali e  
Trapianti –Innovazione e Appropriatezza  
Ufficio Rete Regionale Assistenza Farmaceutica  
Via Conte di Ruvo, 74  
65127 PESCARA

**Oggetto: sede farmaceutica unica/nr. \_\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_  
- richiesta autorizzazione alla sostituzione del Direttore .**

Con la presente il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di\*  
\_\_\_\_\_ titolare della sede farmaceutica unica/nr. \_\_\_\_\_ del Comune  
di \_\_\_\_\_, autorizzati alla gestione della sede di cui trattasi giusta Deliberazione di Giunta  
Regionale/Ordinanza Dirigenziale/Determina Dirigenziale nr \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_,  
che si allega in copia,

CHIEDE

L'autorizzazione alla sostituzione del Farmacista Direttore - dr./dr.ssa  
\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ - con il  
dr./dr.ssa \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_.

A tal fine allega la seguente documentazione, inerente il/la Farmacista nominando/a:

1. dichiarazione sostitutiva di certificazione di nascita e residenza;
2. dichiarazione sostitutiva di certificazione di godimento dei diritti politici;
3. dichiarazione sostitutiva di certificazione di laurea in Farmacia conseguita presso l'Università degli Studi di.... in data.....;
4. dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante l'abilitazione all'esercizio della professione presso l'Università degli Studi di..... nella sessione..... dell'anno.....;
5. dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante l'iscrizione all'Albo dei farmacisti della Provincia di..... dal..... con il n.....;
6. dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante l'inesistenza di cause di incompatibilità di cui all' art. 13 della L. 475/68;
7. dichiarazione sostitutiva di certificazione del Casellario Giudiziale;
8. dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante l'inesistenza di cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art.67 del D.lgs. 06.09.2011, n. 159;
9. fotocopia del codice fiscale e di un documento d'identità;
10. nr.2 marche da bollo da € 16,00.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_

\* erede/i del/della defunto/a dr./dr.ssa  
Titolare

Rappresentate legale della Società  
Rappresentate legale dell'Ente Comunale