

MODELLO DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOSTITUZIONE DI DIRETTORE DI FARMACIA COMUNALE

Alla Direzione Politiche della Salute
Servizio Assistenza Farmaceutica
e Trasfusionale
Ufficio Pianificazione Assistenza
Farmaceutica
Via Conte di Ruvo nr. 74
PESCARA

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

Con la presente il/la sottoscritto/a _____ in qualità di

CHIEDE

L'autorizzazione alla sostituzione del Farmacista Direttore della sede farmaceutica n. _____ del Comune di _____ - dr./dr.ssa _____ - con il dr./dr.ssa _____ a far data dal _____ e fino al _____.

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

1. dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante la nascita e residenza;
2. dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante il godimento dei diritti civili e politici;
3. dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante il conseguimento della laurea in Farmacia;
4. dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante il conseguimento dell'abilitazione all'esercizio della professione;
5. dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante l'iscrizione all'Albo dei farmacisti;
6. dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante l'inesistenza di cause di incompatibilità di cui all' art. 13 della L. 475/68 e s.m.i.;
7. dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso;
8. dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante l'inesistenza di cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. dell'art. 67 del D.Lgs. del 06.09.2011 n. 159 e s.m.i. (antimafia);
9. fotocopia del codice fiscale e di un documento d'identità in corso di validità.

_____ li _____

FIRMA
