

Al Responsabile  
del Servizio Farmaceutico Territoriale  
Azienda Sanitaria Locale di Matera  
Via Montescaglioso  
75100 MATERA

Oggetto: richiesta di autorizzazione alla sostituzione temporanea nella gestione della farmacia.

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa \_\_\_\_\_  
titolare/direttore della farmacia correlativa alla sede farmaceutica n. \_\_\_\_ della pianta organica delle  
farmacie del Comune di \_\_\_\_\_, ubicata in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
ai sensi e per gli effetti dell'articolo 11, comma 2) della legge 2 aprile 1968 n. 475, come sostituito  
dall'art. 11 della legge 8 novembre 1991 n. 362,

CHIEDE

l'autorizzazione alla sostituzione temporanea con altro farmacista iscritto all'Ordine dei farmacisti  
nella conduzione professionale della farmacia dal \_\_/\_\_/\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_ per il seguente motivo:

- 1) infermità;
- 2) gravi motivi di famiglia;
- 3) gravidanza, parto, allattamento;
- 4) adozione di minori, affidamento familiare;
- 5) funzioni pubbliche elettive, incarichi sindacali elettivi a livello nazionale;
- 6) ferie.

Il farmacista indicato quale sostituto è il/la dr./dr.ssa \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_ cod. fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_  
iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti della provincia di \_\_\_\_\_ \*

che appone la propria firma per accettazione \_\_\_\_\_

\* Nel caso il sostituto non fosse già in servizio presso la farmacia allegare la dichiarazione sostitutiva di certificazione  
relativa all'iscrizione all'Ordine dei Farmacisti (allegato 1).

Si allega la documentazione comprovante la necessità di sostituzione (ad eccezione dei casi indicati  
ai punti 2 e 6).

Luogo e data

\_\_\_\_\_, \_\_/\_\_/\_\_

Firma del  
Titolare/Direttore della Farmacia

\_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 l'istanza è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente  
addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del  
sottoscrittore.

Allegato 1

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_,  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
ai sensi dell' art. 46 del DPR 28/12/2000 n. 445, consapevole della responsabilità penale per le false  
dichiarazioni, la falsità negli atti o uso di atti falsi ex art. 76 dello stesso DPR,

DICHIARA

di essere iscritto/a all'Albo dei Farmacisti della provincia di \_\_\_\_\_  
al n° \_\_\_\_\_ dal \_\_/\_\_/\_\_.

Luogo e data

Firma

\_\_\_\_\_, \_\_/\_\_/\_\_

\_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.