



Al Direttore  
dell'U.O.C. Farmacia 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/legale rappresentante 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 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 \_\_\_\_\_

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/Legale Rappresentante

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

\_\_\_\_\_

\* 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).

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

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

\_\_\_\_\_

Si allega fotocopia di un valido documento di identità del sottoscrittore.