Nome e Cognome

Email

Pec

telefono

All’Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani

UOC Gestione e Vigilanza delle Farmacie in Convenzione

prestazioni.farmaceutiche@pec.asptrapani.it

**OGGETTO**: COMUNICAZIONE SOSTITUZIONE TEMPORANEA DIRETTORE TECNICO DI FARMACIA

(R.D. 1706/38 – L. 475/68 – L.392/91 – L. 124/2017 e s.m.i)

La Società (Ragione Sociale / Denominazione) Farmacia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F./P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nella persona del sottoscritto Rappresentante Legale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ consapevole di quanto disposto dalla normativa vigente in materia,

**COMUNICA**

Che la DIREZIONE TECNICO-PROFESSIONALE della farmacia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ai sensi dell’art 11 della L. 362/91, è affidata TEMPORANEAMENTE al farmacista dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_iscritto all’Ordine dei Farmacisti di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al num \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in possesso dei requisiti di legge previsti, in sostituzione del dott.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per le seguenti motivazioni\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine allega la seguente documentazione:

1. Dichiarazione sostitutiva di atto notorio del Direttore tecnico incaricato comprovante l’assenza di situazioni di incompatibilità con la condizione di direttore (allegato n. A)
2. Dichiarazione sostitutiva di certificazione del Direttore tecnico incaricato (allegato n. B) comprovante i requisiti professionali;
3. Documentazione atta a comprovare la motivazione della sostituzione;
4. Fotocopia carta d’identità e codice fiscale del Legale Rappresentante;
5. Fotocopia carta d’identità e codice fiscale del Direttore Tecnico;

Inoltre dichiara che ogni modifica sarà comunicata prontamente a codesto ufficio in tempi utili per lo svolgimento di tutte le procedure amministrative compreso quelle relative ai suddetti adempimenti.

DATA FIRMA

Firma Legale Rappresentante ………………………………………………………………

Firma per accettazione del Direttore Tecnico……………………………………………………………………………………

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’**

**(ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i.)\_All A.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(PEC) [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_](mailto:___________________) email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i., consapevole della decadenza dei benefici eventualmente emanati sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all’art. 75 del medesimo D.P.R. e delle conseguenze penali previste dall’art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

**D I C H I A R A**

sotto la propria responsabilità, **che non sussistono i casi di incompatibilità indicati nell’art. 7 e 8 della Legge n. 362/91**

□ di non essere titolare, gestore provvisorio di farmacia, direttore o collaboratore presso altra farmacia;

□ di non ricoprire posti di ruolo nell’amministrazione dello Stato, compresi quelli di assistente titolare di cattedra universitaria, o in enti locali o comunque pubblici;

□ di non esercitare attività nel settore dell’informazione scientifica del farmaco e di non svolgere la professione medica

data Il Direttore Tecnico ………………..…………….…….…………………

**Con la firma sottostante il sottoscritto autorizza altresì l’Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani al trattamento dei dati personali ai sensi del D.L. 30/06/2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e ai sensi dell’art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679**

data Il Direttore Tecnico ………………..…………….…….…………………

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**(ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i.)\_All B**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (PEC) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i., consapevole della decadenza dei benefici eventualmente emanati sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all’art. 75 del medesimo D.P.R. e delle conseguenze penali previste dall’art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

**D I C H I A R A**

1. Di essere Laureato/a in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, presso l’Università degli Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. Di essere abilitato alla professione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso l’Università degli Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
3. Di essere iscritto all’Ordine dei Farmacisti di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al num \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
4. Di essere in possesso dell’idoneità di cui all’art. 12 della L. 475/1968 e s.m.i. a seguito di:

* attività professionale, in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso la Farmacia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* idoneità a un concorso per sedi farmaceutiche,

1. di non aver riportato condanne penali che precludano o escludano, ai sensi delle vigenti disposizioni, l'esercizio della farmacia;
2. che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione previste dal D. Lgs.n. 159/2011 e s.m.i. e di non essere a conoscenza dell'esistenza di procedimenti in corso in tal senso.

Data Il Direttore Tecnico ………………..…………….…….…………………

**Con la firma sottostante il sottoscritto autorizza altresì l’Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani al trattamento dei dati personali ai sensi del D.L. 30/06/2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e ai sensi dell’art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679**

Il Direttore Tecnico ………………..…………….…….…………………