

ALLEGATO 12

Al Direttore Generale  
dell'Azienda Sanitaria Locale BR  
Via Napoli n. 8  
72100 BRINDISI

**Oggetto: istanza autorizzazione alla sostituzione temporanea di titolare/direttore di farmacia  
(art. 11 legge 362/91).**

Il/La sottoscritto/a Dr/Dr.ssa \_\_\_\_\_,

Titolare/Legale Rappresentante della Farmacia \_\_\_\_\_ sita in \_\_\_\_\_,

alla via/Piazza/corso \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'autorizzazione alla sostituzione temporanea del direttore tecnico della farmacia  
Dr/Dr.ssa \_\_\_\_\_ per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

per il seguente motivo (cerchiare la lettera corrispondente):

- a) per infermità;
- b) per gravi motivi di famiglia;
- c) per gravidanza, parto ed allattamento, nei termini e con le condizioni di cui alle norme sulla tutela della maternità;
- d) a seguito di adozione di minori e di affidamento familiare per i nove mesi successivi all'effettivo ingresso del minore nella famiglia;
- e) per servizio militare;
- f) per chiamata a funzioni pubbliche elettive o per incarichi sindacali elettivi a livello nazionale;
- g) per ferie.

Con il Dr/Dr.ssa \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del Legale Rappresentante \_\_\_\_\_

Firma del Direttore incaricato \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
**DEL FARMACISTA PER SOSTITUZIONE DIRETTORE DI FARMACIA**  
**(artt.46, 47 e 19 D.P.R. 445 del 28.12.2000)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_, consapevole che in caso di dichiarazioni false o mendaci sarà punito/a ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 D.P.R. 445/2000) e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000),

DICHIARA

sotto la propria responsabilità in qualità di sostituto del direttore tecnico assente:

- di essere in possesso del Diploma di Laurea in Farmacia/CTF, conseguito presso la Facoltà di Farmacia dell'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di farmacista, conseguita presso \_\_\_\_\_, in data \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_;
- di aver svolto il prescritto biennio di pratica professionale/ovvero di aver prestato servizio, in qualità di \_\_\_\_\_, presso la Farmacia \_\_\_\_\_, con sede in \_\_\_\_\_, alla via \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- o di aver acquisito l'idoneità tramite concorso \_\_\_\_\_;
- di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità previste dall'art. 13 della Legge 475/1968 e dall'art. 8 della Legge 362/1991, come modificato dall'art. 1 comma 157 e comma 160 della Legge 124/2017;
- di garantire una presenza piena e ininterrotta (orario full time) e di non ricoprire tale ruolo in altre farmacie;
- di godere dei diritti politici;
- di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso;
- di non avere ragioni ostative all'incarico ai sensi della vigente legislazione c.d. antimafia;
- di possedere l'idoneità fisica.

***Ai fini della verifica dell'autenticità della firma allega alla presente dichiarazione fotocopia del proprio documento d'identità.***

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_