

**SOSTITUZIONE FORMALE DEL TITOLARE/DIRETTORE RESPONSABILE
AI SENSI DELL' ART. 14 DPR 1275/1971 E ART. 7 LEGGE N. 362/1991 smi**

**Spett.le AULSS n. 9 Scaligera
UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale
UOS Gestione Giuridico Amministrativa
delle Strutture
protocollo.aulss9@pecveneto.it**

**e,p.c. All'Ordine dei Farmacisti della Provincia di
Verona
ordinefarmacistivr@pec.fofi.it**

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa _____ Titolare/Legale
rappresentante/Direttore Resp. della Farmacia _____ del
Comune di _____ via _____ n _____, in riferimento
all'art. 11 e 7 della Legge 08.11.1991 n. 362 e s.m.i. e all'art. 6 della Legge Regionale n. 28/1993,
chiede di assentarsi dal servizio per il periodo dal _____ al _____

per la motivazione sotto segnalata:

- | | |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> per infermità (allegare certificato medico) | <input type="checkbox"/> per gravi motivi di famiglia |
| <input type="checkbox"/> per gravidanza | <input type="checkbox"/> per adozione e affidamento |
| <input type="checkbox"/> per servizio militare | <input type="checkbox"/> per funzioni pubbliche elettive o
incarichi sindacali elett. naz. |
| <input type="checkbox"/> per ferie | |

Durante la sua assenza la conduzione professionale della Farmacia è affidata al/alla
Dott./ssa _____ (*),
N.B (in caso di **gestione societaria**: *"la direzione è affidata a un farmacista in possesso del
requisito dell'idoneità previsto dall'articolo 12 della legge 2 aprile 1968, n. 475, e successive
modificazioni che ne è responsabile"*).

Iscritto/a all'Albo dei Farmacisti di _____ al n. _____ in data _____

TIMBRO E FIRMA

FIRMA PER ACCETTAZIONE DELLA
CONDUZIONE PROFESSIONALE
DELLA FARMACIA

DATA

**(*) DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE
SE NON GIA' PRESENTE AGLI ATTI DI QUESTA AULSS**

- n. 1 dichiarazione sost. di certif. di iscrizione all'Albo Professionale e solo in caso di gestione societaria possesso del
requisito di idoneità del farmacista.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (AUTOCERTIFICAZIONE)
ai sensi dell' art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ prov _____
il _____ residente nel Comune di _____ prov _____
in via _____ n _____ cod.fisc. _____

rende la presente dichiarazione consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 e s.m.i.

DICHIARA QUANTO SEGUE

Di aver conseguito la laurea in _____ presso l'Università di _____ in
data _____;

Di aver conseguito l'abilitazione professionale presso l'Università di _____
nell' anno _____ sessione _____;

Di essere iscritto all'Albo dei farmacisti della provincia di _____ n. _____ dal
_____;

Solo in caso di gestione societaria

Di essere in possesso del requisito di idoneità previsto dall'art. 12 della legge 475/1968 e s.m.i. in
quanto:

() essere risultato idoneo in un precedente concorso, nell'anno _____ Regione
_____;

() avere almeno due anni di pratica professionale, in qualità di _____
presso la/e farmacia/e dell'Aulss n. _____ prov. _____.

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.LGS n. 196/2003 e s.m.i. che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

data _____ **il dichiarante** _____ (firma)