

**RICHIESTA SOSTITUZIONE TEMPORANEA FORMALE
DEL TITOLARE/DIRETTORE DI FARMACIA**

Ed. 0 Rev.00
18 marzo 2015

originale

copia controllata _____ N. _____

copia non controllata _____ distribuzione interna a cura del RQ

bozza

Il presente modulo è il documento utilizzato, dal Titolare di Farmacia o Direttore autorizzato di una farmacia privata dell'ASP3 di Catania e convenzionata con il SSN, per la richiesta di sostituzione temporanea formale. Tale documento compilato va inoltrato al Direttore dell'U.O.C. di Vigilanza ed Ispezione del Dipartimento del Farmaco dell'ASP3 di Catania, ed è parte integrante del Regolamento RG-DFARM-7-02.

Redazione

Dott.ssa Maria Anna D'Agata, Direttore UOC Vigilanza Farmaceutica ed Ispezione Dipartimento del Farmaco

Dott.ssa Maria Anna Gulisano, Farmacista Dirigente UOC Vigilanza Farmaceutica ed Ispezione Dipartimento del Farmaco

Verifica

Dr. Filippo Rasà, Referente Qualità Dipartimento del Farmaco

Approvazione

Dr. Franco Rapisarda, Direttore Dipartimento del Farmaco

Dr. Gioacchino Nicolosi, Presidente della FEDERFARMA

Prof. Dott. Giovanni Puglisi, Presidente Ordine dei Farmacisti di Catania

Ratifica

Dott.ssa Ida Grossi, Direttore generale

**RICHIESTA SOSTITUZIONE TEMPORANEA FORMALE
DEL TITOLARE/DIRETTORE DI FARMACIA**

**Istanza in bollo per periodi
Superiori a giorni 15**

Il/La sottoscritt_ Dott. _____ Titolare
della Farmacia _____ Codice: _____ Direttore Resp.
sita in località: _____ Via/Piazza _____ Gestore provv.

CHIEDE

l'autorizzazione alla sostituzione temporanea nella conduzione della farmacia

dal _____ al _____ con il/la Dott. _____

nat_ a _____ il _____ iscritt_ all'Ordine dei Farmacisti della provincia di _____

al n. _____ assunto con contratto

a tempo pieno dal _____

part-time dal _____

che con firma in calce per accettazione si impegna, sotto la propria responsabilità, ad essere presente in maniera continuativa durante tutto l'orario di apertura della farmacia.

La sostituzione viene richiesta per la seguente motivazione (art.11 legge 362/91):

- a) Infermità
- b) Gravi motivi di famiglia
- c) Gravidanza, parto e allattamento, nei termini e con le condizioni di cui alle norme sulla tutela della maternità
- d) A seguito di adozioni di minori e di affidamento familiare per i 9 mesi successivi all'effettivo ingresso del minore nella famiglia
- e) Servizio militare
- f) Chiamata a funzioni pubbliche elettive o incarichi sindacali elettivi a livello nazionale
- g) Ferie
- h) Altro (specificare) _____

Per la sostituzione di cui ai punti a, c, d, e, f allegare documentazione giustificativa.

FIRMA PER ACCETTAZIONE FARMACISTA

FIRMA E TIMBRO TITOLARE/DIRETTORE

NULLA OSTA

IL DIRETTORE UOC VIGILANZA _____

DATA _____



MODULO

M_RG-DFARM-7-02_01

**RICHIESTA SOSTITUZIONE TEMPORANEA FORMALE
DEL TITOLARE/DIRETTORE DI FARMACIA**

**Ed. 0 Rev.00
18 marzo 2015**

Indice di revisione

Ed.0 Rev. 00

Motivo della revisione

Emissione

Data

18 marzo 2015

**RICHIESTA SOSTITUZIONE TEMPORANEA FORMALE
DEL TITOLARE/DIRETTORE DI FARMACIA**

Ed. 0 Rev.00
18 marzo 2015

Redazione

Maria Anna d'Agata

Maria Anna Gulisano

Maria Anna D'Agata
Maria Anna Gulisano

Verifica

Filippo Rasà

Filippo Rasà

Approvazione

Franco Rapisarda

Gioacchino Nicolosi

Giovanni Puglisi

Franco Rapisarda
Gioacchino Nicolosi
Giovanni Puglisi

Ratifica

Ida Grossi

DIRETTORE DEL DISTRETTO NE GEN. (DEL. 648/11) FUNZIONI DELEGATE
Franco Rapisarda