*Da trasferire su carta intestata Azienda*

|  |  |
| --- | --- |
| Se trasmissione a mezzo PEC:**protocollogenerale@pec.ats-milano.it** | Spett.leAgenzia Tutela della Salutedella Città Metropolitana di MilanoSC Vigilanza SS Vigilanza Ispettiva Farmaceutica (specificare articolazione territoriale Milano città/ Milano est/ Milano ovest) |
| **OGGETTO: Comunicazione di sostituzione temporanea/nuova nomina del direttore responsabile** |

|  |
| --- |
|  |

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa ………………………………...……..……..………...………………………….…..….
legale rappresentante della società ……………...…………………….…………………………….……….
Titolare della farmacia n. sede …………del Comune di ………………………………………….………………
sita in Via …...……………..………………………………………………………………………………………………..

**C H I E D E** (barrare la casella di interesse)

* di prendere atto della **sostituzione temporanea** dell’attuale direttore responsabile nella conduzione della farmacia dal ………..…………..……………… al …………………….……..……….., per il seguente motivo:
* ferie
* chiamata a funzioni pubbliche elettive (allegare documentazione specifica)
* gravi motivi di famiglia
* adozione/affidamento (allegare documentazione specifica)
* malattia (certificato medico in originale)
* servizio militare
* gravidanza/parto/allattamento (certificato medico in originale)

**IN ALTERNATIVA**

* di prendere atto della **nuova nomina** a Direttore Responsabile a far data dal …...…………………..

Il farmacista incaricato è il/la dott./dott.ssa …………………………………………………………………., del quale si allega autocertificazione circa la sussistenza dei requisiti, corredata di documento d’identità.

Il precedente Direttore Responsabile Dr/Dr.ssa………………………………………….

* continua a prestare la propria attività presso questa farmacia con la qualifica di…………………………………….…… con un impegno temporale pari a …………… ore settimanali
* non presta più la propria attività presso questa farmacia iniziata in data……………………………….

In fede.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (Luogo e data) |  | (Firma del legale rappresentante) |
|  |  |  |
|  |  | (Firma del Farmacista incaricato per accettazione) |

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI**

**ART. 46 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N. 445**

**N.B.: il presente modulo deve essere compilato dal nuovo Direttore Responsabile**

Il/La sottoscritto/a ……………………………………….….…………………………

C.F.: …………………..…………………… nato/a a ………………………………………… il …….……………………

residente a………………………………………......via……………………………………………………..n……….

e-mail ……………………………………………………………. Cell. ………………………………………………….

consapevole delle sanzioni previste agli artt. 75 – 76 del D.P.R. n. 445/2000, in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,

**DICHIARA**

* di essere in possesso della Laurea in ………..........……..……………………………… conseguita presso

l’Università di ………………………………….………………………….....…. in data ….................................;

* di essere abilitato all’esercizio della professione di ……………………………………… avendo superato l’esame di stato presso l’Università di ……………………………..……………… nell’anno …………….……;
* di non essere titolare, né gestore provvisorio di farmacia, né direttore responsabile o collaboratore presso altra farmacia:
* di essere/di non essere socio della farmacia di cui assume la direzione;
* nel caso in cui non fosse socio, dichiara di non essere socio di altre società titolari di sede farmaceutica;
* di non essere Persona Responsabile di distributori di medicinali ad uso umano;
* di essere iscritto al n. ………..… dell’Albo provinciale dell’Ordine dei farmacisti di ………………………………………… a far data dal……………………;
* di non aver riportato condanne penali o di non essere destinatario/a di provvedimenti che riguardano l’applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
* di aver svolto almeno due anni di servizio effettuato presso le seguenti farmacie:
1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (farmacia, città, periodo)
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (farmacia, città, periodo)
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (farmacia, città, periodo)

oppure

di aver conseguito l’abilitazione alla titolarità in data …………………………. a seguito di concorso …………………………………………………………………………………………………

**Informativa - Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. n.101/2018 e s.m.i., i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, pertanto si acconsente al trattamento degli stessi da parte di ATS Milano.**

**Il titolare del trattamento è l’Agenzia Tutela Salute della Città Metropolitana di Milano, nei confronti della quale potranno essere esercitati in ogni momento i diritti di cui al citato d.lgs. n.101/2018 e s.m.i..**

Luogo e data, …………………………………………….

 Il/La Dichiarante

……………………………………………………………….