**CARTA INTESTATA STRUTTURA RICHIEDENTE**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Spett.leAgenzia Tutela della Salute della Città Metropolitana di MilanoUOC Vigilanza FarmaceuticaUOS Vigilanza Ispettiva Farmaceutica (specificare articolazione territoriale Milano città/ Milano est/ Milano ovest) |
| **OGGETTO: Richiesta di autorizzazione alla sostituzione temporanea del titolare** |

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa ……………………………………..…….………..……………………………..…., titolare della farmacia ………………………………….………. N. SEDE ……… del Comune di ………………………………………… sita in via ………………………………………

**Chiede**

l’autorizzazione alla sostituzione temporanea nella conduzione € professionale ed € economica 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)

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

In fede,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (Luogo e data) |  | (Firma del Farmacista Titolare) |
|  |  |  |
|  |  | (Firma del Farmacista Sostituto) per accettazione  |

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI**

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

DA PRODURRE AGLI ORGANI DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O AI GESTORI DI PUBBLICI SERVIZI

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

nato/a a……………………………………………………..il………………………………………………………..

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

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 iscritto/a all’Ordine dei Farmacisti della Provincia di ……………………. a far data dal .…../…../…….. al n. …………;
* di essere residente a …………..………………………. in via …….………………..………………………..;
* di essere titolare del seguente codice fiscale …………………………….……………………………… .

Dichiara, altresì, di essere informato che, ai sensi e per gli effetti del Regolamento Ue 2016/679 art. 13, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di acconsentire al trattamento degli stessi da parte di ATS Milano.

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo e data, ……………………………………………. |  |
|  | Il/La Dichiarante  |
|  | …………………………………………………………. |