

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

**CAMPO DI APPLICAZIONE**

Questa procedura si applica in caso di sostituzione formale temporanea di un titolare o direttore di farmacia. La conduzione professionale provvisoria di una farmacia può essere affidata dal titolare a un sostituto, purché questo sia un farmacista iscritto all'Ordine Professionale dei Farmacisti. La sostituzione formale è attribuibile solamente per specifiche motivazioni elencate a livello nazionale (art. 11 legge 362/91) e deve essere autorizzata dalla ASL di competenza.

**SCOPO**

Scopo della procedura è descrivere la modalità operativa e fornire la modulistica necessaria alla richiesta di autorizzazione alla sostituzione formale temporanea del titolare o direttore di una farmacia oltre tre giorni.

**DOCUMENTI DI RIFERIMENTO**

- art. 7 e 11 della legge 362/91;
- legge 4 agosto 2006, n. 248 (Legge Bersani);
- Legge 362/1991 (Legge di riordino del settore farmaceutico);

**MODALITA' OPERATIVE**

Il responsabile della UOS Farmacia Territoriale acquisisce dal farmacista titolare/direttore l'istanza (**allegato 1**) ; ai fini della decorrenza della comunicazione fa fede la data di ricevimento ASL (protocollo generale ASL). Le suddette comunicazioni vengono trascritte in appositi fascicoli tenuti negli uffici ASL, per l'aggiornamento dello stato di servizio dei farmacisti dipendenti. Il Responsabile della UOS Farmacia Territoriale controlla la documentazione, predispone il nulla osta a firma del Direttore Generale che viene quindi trasmesso via fax all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Viterbo ed al titolare/direttore della farmacia richiedente.

**ALLEGATI**

Richiesta di autorizzazione alla sostituzione formale temporanea del titolare/direttore di una farmacia da presentare alla ASL VT (allegato 1).

**REFERENTI**

Dr. ssa Maria Teresa Vittori Responsabile U.O.S. Farmacia Territoriale  
*A cura della Farmacia Territoriale: Dr.ssa Maria Teresa Vittori Tel. 0761/236698; fax 0761/236620  
Dr.ssa Fabi Ornella Tel. 0761/338770*

Revisione n. 0 del 11/06/2010

Revisione n. 1 del 18/09/2013; Revisione n. 2 del 20/08/2014

## Allegato 1

Dott.....

Farmacia.....

Ubicazione.....

Tel.....Fax.....

Spett. le AUSL DI VITERBO

UOS Farmacia Territoriale

Via Enrico Fermi, 01100 Viterbo

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, titolare/direttore della sede farmaceutica n° \_\_\_\_\_ denominata \_\_\_\_\_ e sita in \_\_\_\_\_

### chiede

con la presente, l'autorizzazione alla sostituzione formale temporanea nella conduzione della farmacia (assenza del titolare/direttore oltre tre giorni) per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ con il/la sottoindicat\_ farmacista:

Dott. \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ iscritt\_ all'Ordine dei Farmacisti

Della provincia di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_

Per la seguente motivazione (art. 7 e 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) Per raggiunti limiti di età (dal 01/01/2015)
- i) Per nomina direttore socio di società titolare di farmacia.

Allegato/i \_\_\_\_\_  
documentazione che giustifica la sostituzione di cui ai punti a,c,d,e, f, h, i.

FIRMA PER ACCETTAZIONE FARMACISTA

FIRMA TITOLARE/DIRETTORE

DATA E TIMBRO RICEVUTA AUSL

SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA

SISTEMA SANITARIO REGIONALE



ASL  
VITERBO



REGIONE  
LAZIO