

Sostituzione temporanea nella direzione della Farmacia

(art. 11 L. 475/1968 s.m.i – art. 4bis L.R. 59/1981)

Alla c.a. Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.5 "Friuli Occidentale"
SOC Assistenza Farmaceutica
Via della vecchia ceramica, 1 - 33170 Pordenone
PEC: aas5.protgen@certsanita.fvg.it

Ordine dei Farmacisti della Provincia di Pordenone
PEC: ordinefarmacistipn@pec.fofi.it

Il sottoscritto dott. _____

Titolare/direttore della Farmacia _____ Codice Reg. Farm. _____

CHIEDE

l'autorizzazione ad essere sostituito temporaneamente nella conduzione professionale della farmacia dal Farmacista:

dott./dott.ssa (Cognome/Nome): _____

iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di _____ al n. _____

nel periodo dal giorno (gg/mm/Aaaa): _____ al giorno (gg/mm/Aaaa): _____

• per i seguenti motivi, ai sensi della L. 475/1968, art.11:

- per infermità¹;
- per gravi motivi di famiglia²;
- per gravidanza, parto ed allattamento, nei termini e con le condizioni di cui alle norme sulla tutela della maternità;
- a seguito di adozione di minori e di affidamento familiare per i nove mesi successivi all'effettivo ingresso del minore in famiglia;
- per servizio militare;
- per chiamata a funzioni pubbliche elettive o per incarichi sindacali elettivi a livello nazionale;
- per ferie.

• per i seguenti motivi, ai sensi della L.R. 59/1981, art.4 bis, la comunicazione all'Azienda per i Servizi Sanitari va data solo **solo se si superano i tre giorni consecutivi di assenza:**

- per motivi di salute;
- di studio;

¹ Art.11 L. 475/1968, c. 3-5: "Nel caso previsto dalla lettera a) del comma 2 l'unità sanitaria locale competente per territorio, trascorsi tre mesi di malattia, ha facoltà di sottoporre il farmacista a visita medica, a seguito della quale viene fissata la data di riassunzione della gestione della farmacia.

4. La durata complessiva della sostituzione per infermità non può superare un periodo continuativo di cinque anni, ovvero di sei anni per un decennio.

5. Due periodi di sostituzione temporanea agli effetti del periodo massimo previsto dal comma 4 non si sommano quando tra essi intercorre un periodo di gestione personale superiore ad un mese."

² Art.11 L. 475/1968, c. 6: "La durata della sostituzione per gravi motivi di famiglia non può superare un periodo di tre mesi in un anno"

- di partecipazione a congressi, attività di formazione e aggiornamento nell'ambito dell'educazione continua in medicina (ECM);
- incarichi di categoria.

Data.....

Timbro e Firma titolare/direttore

.....

PER ACCETTAZIONE:

dr./dr.ssa _____

iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei Farmacisti di _____ al n. _____

Data _____ Firma _____

SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA SANITARIA

L' Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.5 "Friuli Occidentale"
SOC Assistenza Farmaceutica

VISTO, SI AUTORIZZA

Il Direttore della
SOC Assistenza Farmaceutica

Data _____ Firma _____

Autorizzazione trasmessa in risposta alla Farmacia richiedente (via mail)