

MODELLO DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOSTITUZIONE DI DIRETTORE DI FARMACIA IN GESTIONE EREDITARIA (in bollo da € 14,62)

Alla Direzione Sanità
Servizio Assistenza Distrettuale
Assistenza Farmaceutica
Ufficio Farmacie Convenzionate
Via Conte di Ruvo nr.74
PESCARA

**Oggetto: sede farmaceutica unica/nr. _____ del Comune di _____
- richiesta autorizzazione alla sostituzione del Direttore .**

Con la presente il/i sottoscritto/i _____ in qualità di erede/i legittimi del/della defunto/a dr./dr.ssa _____ già titolare della sede farmaceutica unica/nr. _____ del Comune di _____, autorizzati alla gestione provvisoria della sede di cui trattasi giusta Deliberazione di Giunta Regionale/Ordinanza Dirigenziale/Determina Dirigenziale nr _____ del _____, che si allega in copia,

CHIEDE/CHIEDONO

L'autorizzazione alla sostituzione del Farmacista Direttore - dr./dr.ssa _____ - con il dr./dr.ssa _____.
A tal fine allega la seguente documentazione, inerente il/la Farmacista nominando/a:

1. certificato contestuale di nascita e residenza, ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione;
2. certificato di godimento dei diritti politici, ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione;
3. certificato di laurea in Farmacia conseguita presso l'Università degli Studi di.... in data..... ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione;
4. certificato attestante l'abilitazione all'esercizio della professione presso l'Università degli Studi di..... nella sessione..... dell'anno..... ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione;
5. certificato attestante l'iscrizione all'Albo dei farmacisti della Provincia di..... dal..... con il n....., ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione ;
6. certificato attestante l'inesistenza di cause di incompatibilità di cui all' art. 13 della L. 475/68 ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione;
7. certificato del Casellario Giudiziale ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione;
8. certificato attestante l'inesistenza di cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art.10 L.575/1965 e successive modifiche ed integrazioni, ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione;
9. certificato medico attestante l'idoneità fisica all'esercizio della professione;
10. fotocopia del codice fiscale e di un documento d'identità;
11. nr.1 marca da bollo di € 14,62

_____ li _____

_____ L'erede/Gli eredi