

Reggio Emilia,

Spett.le
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE
DI REGGIO EMILIA
DIPARTIMENTO PER L'ASSISTENZA FARMACEUTICA
Invare a: farmaceutico@pec.ausl.re.it

e.p.c. ORDINE DEI FARMACISTI DI REGGIO EMILIA
inviare a: ordinefarmacistire@pec.fofi.it

MODULO DA INVIARE ANCHE AL SUAP <https://au.lepida.it/>

OGGETTO: NOMINA DIREZIONE

Il sottoscritto Dr. _____ gestore della
Farmacia _____ ubicata in _____

COMUNICA

la nomina a far tempo dal _____ della Direzione Tecnica della
propria Farmacia al/alla Dr./Dr.ssa _____,
nata a _____ il _____ e iscritta/o all'Ordine dei
Farmacisti di _____ al n° _____ dal _____

☐ già in servizio presso questa Farmacia

☐ non in servizio presso la Farmacia

in possesso del requisito dell'idoneità previsto dall'art.12 della L. 475/1968 e s.m.i. conseguito:

- ☐ tramite concorso ordinario per sedi farmaceutiche
- ☐ per acquisita pratica professionale biennale

Il Direttore assume la direzione della Farmacia a tempo pieno (circolare 35043 del 14/06/2019 del Ministero della Salute)

Firma del farmacista incaricato
Per accettazione

Timbro della Farmacia e
firma del titolare/direttore

N.B.: questo modulo non può essere utilizzato dalla Farmacie titolari individuali che non hanno la possibilità di nominare un direttore se non per una sostituzione di breve periodo