

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1	PROCEDURA GESTIONALE	PG ADF 001
	Titolo: SOSTITUZIONE FORMALE TEMPORANEA DEL TITOLARE/DIRETTORE DI FARMACIA	
	UOSD VIGILANZA FARMACIE E PARAFARMACIE	
		Rev. N.°1 del 14/07/2023 Pagina 1

INDICE: Campo di applicazione..... pag.2 Scopo..... pag.2 Documenti di riferimento... pag.2 Definizioni e abbreviazioni pag.2 Modalità operative..... pag.3 Referenti..... pag.3 Allegati..... pag.4	PUBBLICATA SUL: Portale aziendale ASL Roma 1 per i titolari/direttori delle farmacie ubicate nel territorio.
--	--

REV.	DATA	DESCRIZIONE	PREPARATO DA	APPROVATO DA
1	14/07/2023	STESURA	-Dott.ssa Giovanna Lembo <i>Responsabile UOSD Vigilanza Farmacie e Parafarmacie</i> -Dott.ssa Paola Cocito <i>UOSD Vigilanza Farmacie e Parafarmacie</i>	-Dott.ssa Roberta Pavan <i>Direttore Area del Farmaco</i>

 ASL ROMA 1	PROCEDURA GESTIONALE	PG ADF 001
	Titolo: SOSTITUZIONE FORMALE TEMPORANEA DEL TITOLARE/DIRETTORE DI FARMACIA	
	UOSD VIGILANZA FARMACIE E PARAFARMACIE	

1) 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 della farmacia o dal legale rappresentante della società titolare della farmacia, ad un sostituto purché questo sia un farmacista iscritto all'Ordine Professionale dei Farmacisti o in caso di Società, ad un socio o ad un farmacista collaboratore/dipendente della società stessa.

“Il direttore, qualora si verificano a suo carico le condizioni previste dal comma 2 dell'art. 11 delle Legge 02/04/1968 n. 475 come sostituito dall'art. 11 della Legge 362/91, è sostituito temporaneamente da un farmacista in possesso del requisito dell'idoneità previsto dall'art. 12 della Legge 02/04/1968 n. 475 e successive modificazioni”.

La sostituzione formale è attuabile solamente per specifiche motivazioni elencate a livello nazionale (art.11 legge 362/91) e deve essere autorizzata dalla ASL di competenza.

2) 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 (se società).

3) DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- Artt. 7 e 11 della Legge 362/91.
- Legge 4 agosto 2017 n. 124

4) DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

UOSD: Unità Operativa Semplice Dipartimentale.

ASL: Azienda Sanitaria Locale.

P.G.: Procedura Gestionale.

 ASL ROMA 1	PROCEDURA GESTIONALE	PG ADF 001
	Titolo: SOSTITUZIONE FORMALE TEMPORANEA DEL TITOLARE/DIRETTORE DI FARMACIA	
	UOSD VIGILANZA FARMACIE E PARAFARMACIE	

5) MODALITÀ OPERATIVE

Il farmacista responsabile della UOSD Vigilanza Farmacie e Parafarmacie dell'Area del Farmaco acquisisce dal farmacista titolare/legale rappresentante della società titolare della farmacia l'istanza (**allegato 1 o 2 e 3**) inviata via mail al Responsabile della UOSD Vigilanza Farmacie e Parafarmacie.

La UOSD controlla la documentazione, predispone l'autorizzazione e la trasmette a:

- 1) Farmacista titolare/società;
- 2) Roma Capitale – Dipartimento Politiche Sociali Direzione Benessere e Salute P.O. Coordinamento Amministrativo Area Promozione della Salute, Disagio Mentale e Fragilità - Ufficio Amministrativo Farmaceutico e Trattamenti Sanitari Obbligatori - Viale Manzoni, 16 00185 Roma;
- 3) Ordine dei Farmacisti della Provincia di Roma- Via Alessandro Torlonia 15, 00161 Roma.

6) REFERENTI

Responsabile UOSD Vigilanza Farmacie e Parafarmacie:

Dott.ssa Giovanna Lembo

P.zza S. Maria della Pietà n°5 pad XIII 00135 Roma.

Tel: 06/68356770 Cell: 320/4267337

giovanna.lembo@aslroma1.it

Dirigente Farmacista UOSD Vigilanza Farmacie e Parafarmacie:

Dott.ssa Paola Cocito

P.zza S. Maria della Pietà n°5 pad XIII 00135 Roma.

Tel: 06/68356798 Cell. 331/2698608

paola.cocito@aslroma1.it

Amministrativi:

Dott.ssa Laura Manganelli Conforti Tel: 06/68356771 Cell. 338/9185094 laura.manganelli@aslroma1.it

Sig. Michele Faita Tel: 06/68356755 Cell. 366/6620378 michele.faita@aslroma1.it

P.zza S. Maria della Pietà n°5 pad XIII 00135 Roma.

 ASL ROMA 1	PROCEDURA GESTIONALE	PG ADF 001
	Titolo: SOSTITUZIONE FORMALE TEMPORANEA DEL TITOLARE/DIRETTORE DI FARMACIA	Rev. N.°1 del 14/07/2023 Pagina 4
	UOSD VIGILANZA FARMACIE E PARAFARMACIE	

7) ALLEGATI

- Richiesta di autorizzazione alla sostituzione formale temporanea (**oltre 3 giorni**) del titolare/direttore di farmacia da presentare alla ASL Roma 1 (**allegato 1**).
- Richiesta di autorizzazione alla sostituzione formale della direzione di una società – specificare la data di inizio della direzione (**allegato 2**) con allegata l'autocertificazione di assenza di incompatibilità se il direttore non è socio della società titolare (**allegato 3**).

ALLEGATI

ALLEGATO I

Fac simile comunicazione/richiesta autorizzazione sostituzione direzione farmacia

Dott.....
Farmacia.....
Via/Piazza.....
Tel.....

Spett.le ASL Roma 1
UOSD Vigilanza Farmacie e Parafarmacie
Piazza S. Maria della Pietà, 5
00135 Roma

Il/la sottoscritto/a _____, titolare/legale rappresentante della
società.....titolare 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 (allegare certificazione medica)
- 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 adozione 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.

ALLEGATO/I _____
(documentazione che giustifica la sostituzione)

FIRMA PER ACCETTAZIONE FARMACISTA

FIRMA TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE
DELLA SOCIETA'

.....

.....

N.B. La presente deve pervenire con anticipo di almeno tre giorni dalla decorrenza [ad esclusione dei casi di assenza improvvisa non programmabile (es a, b) per i quali la comunicazione, con effetto retroattivo, deve pervenire entro tre giorni dalla decorrenza, con atto sottoscritto dal Titolare/Direttore, unitamente alla documentazione che giustifica la sostituzione (art 14 DPR 1275/71)

ALLEGATO 2

Fac simile comunicazione/richiesta autorizzazione sostituzione direzione farmacia (per la società)

Dott.....
Farmacia.....
Via/Piazza.....
Tel.....

Spett.le ASL Roma 1
UOSD Vigilanza Farmacie e Parafarmacie
Piazza S. Maria della Pietà, 5
00135 Roma

“La direzione della farmacia gestita dalla società è affidata a un farmacista in possesso del requisito dell’idoneità previsto dall’art. 12 della Legge 2 aprile 1968 n. 475 e successive modificazioni che ne è responsabile”

Il/la sottoscritt.....nat__a.....
il.....residente a.....in.....
in qualità di Legale rappresentante la società.....
titolare della farmacia sede n.....denominata.....

AFFIDA

la Direzione della Farmacia al/la Dott./ssa.....iscritt__
all’Albo Professionale dei Farmacisti di.....al n.....

Roma.....

Il Legale Rappresentante

Firma.....

Per accettazione

Firma

.....

Il/la sottoscritt__.....dichiara di essere in possesso del requisito dell’idoneità
previsto dall’art.12 della Legge 2 aprile 1968 n. 475.

- idoneità ad un concorso (specificare).....
- pratica professionale (almeno due anni – indicare i periodi lavorativi e presso
quali sedi farmaceutiche sono stati svolti):

.....
.....

Roma.....

firma.....

ALLEGATO 3

Fac simile autocertificazione assenza di incompatibilità

Dichiarazione Sostitutiva di Atto Notorio

(Art. 47 D.P.R. 28/12/2000 N. 445)

Il/La nato/a a
.....il residente a
.....
in n.

consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di false dichiarazioni accertate dall'amministrazione procedente verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera,

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000,

- o di non trovarsi nelle condizioni d'incompatibilità previste dall'art. 13, della Legge 2 aprile 1968, n. 475 e successive modificazioni:

"Il titolare di una farmacia ed il direttore responsabile, non possono ricoprire posti di ruolo nell'amministrazione dello Stato, compresi quelli di assistente e titolare di cattedra universitaria, e di enti locali o comunque pubblici, nè esercitare la professione di propagandista di prodotti medicinali.

Il dipendente dello Stato o di un ente pubblico, qualora a seguito di pubblico concorso accetti la farmacia assegnatagli, dovrà dimettersi dal precedente impiego e l'autorizzazione alla farmacia sarà rilasciata dopo che sia intervenuto il provvedimento di accettazione delle dimissioni".

DICHIARA INOLTRE

- o di non trovarsi nella condizione di cumulo di due o più titolarità di farmacia in forma individuale od associata.

data ____/____/____

firma _____