

 ASL ROMA 1	PROCEDURA GESTIONALE	PG ADF 001
	Titolo: SOSTITUZIONE FORMALE TEMPORANEA DEL TITOLARE/DIRETTORE DI FARMACIA	Rev. N.º2 del 20/10/2025 Pagina 1
	UOSD VIGILANZA FARMACIE E PARAFARMACIE	

INDICE:	PUBBLICATA SUL:
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	Portale aziendale ASL Roma 1 per i titolari/direttori delle farmacie ubicate nel territorio.

REV.	DATA	DESCRIZIONE	PREPARATO DA	APPROVATO DA
2	20/10/2025	STESURA	-Dott.ssa Paola Cocito <i>Responsabile Sostituta UOSD Vigilanza Farmacie e Parafarmacie</i> -Dott. Orazio Bono <i>UOSD Vigilanza Farmacie e Parafarmacie</i>	-Dott.ssa Roberta Pavan <i>Direttore Area del Farmaco</i>

	PROCEDURA GESTIONALE	PG ADF 001
	Titolo: SOSTITUZIONE FORMALE TEMPORANEA DEL TITOLARE/DIRETTORE DI FARMACIA	Rev. N.º2 del 20/10/2025 Pagina 2
	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 anche in possesso del requisito di idoneità.

"Il direttore, qualora si verifichino 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

- Legge 4 agosto 2017 n. 124
- Artt. 7 e 11 della Legge 362/91
- Legge 475 del 02/04/1968

4) DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

UOSD: Unità Operativa Semplice Dipartimentale.

ASL: Azienda Sanitaria Locale.

P.G.: Procedura Gestionale.

	PROCEDURA GESTIONALE	PG ADF 001
	Titolo: SOSTITUZIONE FORMALE TEMPORANEA DEL TITOLARE/DIRETTORE DI FARMACIA	Rev. N.°2 del 20/10/2025 Pagina 3
	UOSD VIGILANZA FARMACIE E PARAFARMACIE	

5) MODALITÀ OPERATIVA

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**) 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;
e per conoscenza a:
- 2) Roma Capitale – Dipartimento Politiche Sociali, Sussidiarietà e Salute, Direzione Servizi alla Persona - Ufficio Farmaceutico - Viale Manzoni, 16 00185 Roma;
- 3) Ordine dei Farmacisti della Provincia di Roma - Via Alessandro Torlonia 15, 00161 Roma.

6) REFERENTI

Responsabile Sostituta UOSD Vigilanza Farmacie e Parafarmacie:

Dott.ssa Paola Cocito

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

Tel: 06/60106798 cell. 331-2698608

paola.cocito@aslroma1.it

Dirigente Farmacista UOSD Vigilanza Farmacie e Parafarmacie:

Dott. Orazio Bono

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

Tel: 06/60106771 cell. 349-3593162

orazio.bono@aslroma1.it

Amministrativi:

Sig. Michele Faita

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

Tel: 06/68356755 cell. 366-6620378

michele.faita@aslroma1.it

 ASL ROMA 1	PROCEDURA GESTIONALE	PG ADF 001
	Titolo: SOSTITUZIONE FORMALE TEMPORANEA DEL TITOLARE/DIRETTORE DI FARMACIA	Rev. N.º2 del 20/10/2025 Pagina 4
	UOSD VIGILANZA FARMACIE E PARAFARMACIE	

7) ALLEGATI

- Richiesta di autorizzazione alla sostituzione formale temporanea (**oltre 3 giorni**) del titolare – ditta individuale (**allegato 1**)
- Richiesta di autorizzazione alla sostituzione formale (**oltre 3 giorni o a tempo indeterminato**) della direzione di una società (**allegato 2**)

ALLEGATI

ALLEGATO I

Fac simile comunicazione/richiesta autorizzazione sostituzione direzione farmacia (titolare ditta individuale)

Spett.le ASL Roma 1
UOSD Vigilanza Farmacie e Parafarmacie
Piazza S. Maria della Pietà, 5
00135 Roma
vigilanza.farmacie@aslroma1.it

Oggetto: sostituzione direzione (titolare ditta individuale)

Il/la sottoscritto/a _____, 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 oltre tre giorni) per il periodo dal _____ al _____ con il/la sottoindicat
farmacista:

Dott./ssa _____ nat _____ a _____ il _____ iscritt _____ all'Ordine dei Farmacisti
della provincia di _____ al n. _____

per la seguente motivazione (art. 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 DEL TITOLARE

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)]. Per l'avvenuta comunicazione fa fede la data di ricezione della mail.

ALLEGATO 2

Fac simile comunicazione/richiesta autorizzazione sostituzione direzione farmacia (società titolare di farmacia)

Spett.le ASL Roma 1
UOSD Vigilanza Farmacie e Parafarmacie
Piazza S. Maria della Pietà, 5
00135 Roma
vigilanza.farmacie@aslroma1.it

Oggetto: sostituzione direzione (società titolare di farmacia)

Il/la sottoscritto/a _____, legale rappresentante della
società _____ titolare della sede farmaceutica n° _____ denominata
_____ e sita in _____

chiede

con la presente l'autorizzazione alla sostituzione formale temporanea o a tempo indeterminato nella
conduzione della farmacia (assenza del direttore Dott./ssa _____ oltre tre
giorni*) per il periodo dal _____ al _____ con il/la sottoindicat_ farmacista:

*(in questo caso barrare le motivazioni sottostanti)

Dott./ssa _____ nat_ a _____ il _____ iscritt_ all'Ordine dei Farmacisti
della provincia di _____ al n. _____ e in possesso del requisito di idoneità previsto
dall'art. 12 della Legge n. 475 del 02/04/1968 e successive modificazioni:

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

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 LEGALE RAPP. SOCIETÀ

N.B. La presente deve pervenire con anticipo di almeno tre giorni dalla decorrenza [ad esclusione dei casi di assenza improvvisa
non programmabile (es. punti 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)]. Per l'avvenuta comunicazione fa fede la data di ricezione della mail.