



*Giunta Regionale della Campania  
Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il  
Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale*

REGIONE CAMPANIA

Prot. 2019. 0091685 11/02/2019 10,32

Mitt. : 500406 Politica del farmaco e dispositi...

Dest. : AI DIRETTORI GENERALI AA.SS.LL. REGIONE CAMPANIA

Classifica : 50.4. Fascicolo : 27 del 2019



*Ai Direttori Generali AA.SS.LL.*

*Ai Direttori Dip./Serv. Farmaceutici*

*Al Presidente Federfarma Campania*

*e, per il Suo tramite*

*Ai Presidenti di Federfarma Av Bn Ce Na Sa*

*Ai Titolari e Direttori di farmacia privata*

*Al Coordinatore Regionale Assofarm*

*e, per il Suo tramite*

*Ai Direttori farmacia pubblica*

*Agli Ordini Professionali dei Farmacisti*

*e, p.c.*

*Al Comando Carabinieri del NAS CE, NA, SA*

**Oggetto: Nomina Direttore Tecnico Farmacia**

Con la presente ed al fine di fornire chiare informazioni ai titolari di farmacia, si invitano le Associazioni Sindacali dei titolari di farmacia *Federfarma ed Assofarm* e gli Ordini Professionali dei Farmacisti della Campania, a rendere ostensibili le indicazioni di cui alla presente, relativamente alle corrette procedure da seguire in caso di nomina/sostituzione di direttore tecnico di società titolare di farmacia ai sensi della L.124/2017.

Si premette che in fase di prima autorizzazione alla titolarità di farmacia, quando questa è in capo ad una società, la scrivente UOD indica nel Decreto Dirigenziale rilasciato il nominativo del farmacista che riveste l'incarico di Direttore ai sensi della L. 124/2017. Questa mansione, si ricorda, può essere ricoperta da un farmacista iscritto ad un Ordine Professionale dei Farmacisti ed in possesso di idoneità, acquisita nei modi previsti per legge, il quale può anche non rivestire il ruolo di socio all'interno della società titolare di farmacia. Considerando la "temporaneità" che può avere l'incarico, legato al rapporto privatistico tra le parti, ma al tempo stesso la grande rilevanza del ruolo ricoperto dal Direttore in quanto responsabile della corretta gestione dell'esercizio farmacia, è opportuno che, la comunicazione alla Regione di una sua sostituzione, con altro farmacista avvenga possibilmente con congruo anticipo rispetto alla data prevista di inizio del nuovo incarico. La comunicazione deve essere obbligatoriamente trasmessa a firma del R.L. della società titolare di farmacia richiedente o da Suo delegato, se nominato secondo legge, come detto secondo una tempistica congrua a consentire agli Uffici Regionali di provvedere nei controlli di rito (veridicità di quanto autocertificato) ed emanare apposito Decreto Dirigenziale di presa d'atto.

La comunicazione di cambio/nomina del Direttore ai sensi della L.124/2017 per una società titolare di farmacia deve avvenire nei seguenti modi:

- Su apposito modello preposto dagli uffici regionali (all.1) compilato nelle parti di interesse. Sul modello va apposta debita marca da bollo di € 16.00. Per legge al modello deve essere allegata la fotocopia di un documento identificativo in corso di validità del richiedente (R.L. o Suo delegato) e di chi autocertifica condizioni quali quelle richieste nel modello.
- La comunicazione deve essere inviata con i relativi allegati all'indirizzo PEC della *UOD 06 Politica del Farmaco e Dispositivi Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR* [dg04.farmaceutica@pec.regione.campania.it](mailto:dg04.farmaceutica@pec.regione.campania.it) (nel caso la domanda venisse presentata a

**mezzo pec, la marca da bollo apposta sulla istanza deve essere resa inutilizzabile, mediante foratura, apposizione di un timbro o sottoscrizione)**

- In alternativa la comunicazione può essere presentata a mano presso gli Uffici della *UOD 06 Politica del Farmaco e Dispositivi Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR Centro Direzionale Napoli Isola C3* nei giorni e negli orari preposti alla ricezione pubblico (Martedì, Mercoledì e Venerdì dalle ore 10.00 alle ore 13.00).
- All'atto del ritiro (Notifica del Decreto Dirigenziale) emesso dagli Uffici Regionali *UOD 06 Politica del Farmaco e Dispositivi Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR*, il Rappresentante Legale della Società titolare di farmacia o Suo delegato munito di delega rilasciata nelle forme previste per legge, deve presentare ulteriore marca da bollo di €16.00, che verrà apposta sul D.D.
- Il ritiro del D.D. avviene nei giorni e negli orari preposti alla ricezione pubblico presso gli Uffici della *UOD 06 Politica del Farmaco e Dispositivi Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR Centro Direzionale Napoli Isola C3* (Martedì, Mercoledì e Venerdì dalle ore 10.00 alle ore 13.00), o mediante appuntamento concordato.

Nel ringraziare per la collaborazione, si invitano i colleghi delle AA.SS.LL., Federfarma, Assofarm e degli Ordini Professionali a pubblicizzare la presente, rendendola anche ostensibile con la modulistica allegata sui propri siti istituzionali, così da favorire i processi nella maniera più corretta e veloce.

Il Dirigente UOD 06  
Dott. Ugo Trama



Marca da Bollo € 16,00

Giunta Regionale della Campania - D.G. 04 - U.O.D. 06 Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale Politica del Farmaco e Dispositivi

Oggetto: Nomina Direttore Tecnico Professionale

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ in qualità di

Rappresentante Legale della Società \_\_\_\_\_

P.IVA \_\_\_\_\_

Titolare della Farmacia \_\_\_\_\_

Sita a \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_

alla Via/P.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Sede n° \_\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_

CHIEDE

ai sensi della L. 362/91 così come modificata dalla L.124/17, di nominare il/la

Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ in possesso dei requisiti di legge

Direttore dell'esercizio farmaceutico sito nell'ambito della sede n. \_\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ubicata alla \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

a far data dal \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*+

Allega, oppure si riserva di allegare, la seguente documentazione:

- 1. autocertificazione, sottoscritta dal direttore tecnico, come da modello allegato;
2. fotocopia documento di identità del R.L. della Società titolare della farmacia;
3. fotocopia documento di identità del Direttore Tecnico;
4. indirizzo mail/PEC al quale sarà inviata la comunicazione di avvenuta approvazione del provvedimento richiesto e convocazione per la notifica dello stesso;
5. Designazione del Direttore Tecnico, se dipendente, con contestuale accettazione da parte dello stesso dell'incarico conferito.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

(ai sensi degli artt. 19 e 47 DPR 445/2000)

Il sottoscritt

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità (artt.48 e76 - DPR 28.12.00/445)

DICHIARA

- di essere nat il. \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

- di essere residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

- di essere cittadin \_\_\_\_\_

- di godere dei diritti politici;

- che la famiglia anagrafica si compone di:

cognome e nome	Luogo e data di nascita	Rapporto con il dichiarante

- di essere in possesso del seguente titolo di studio (PER I SOCI FARMACISTI E DIRETTORI TECNICI):

- **Laurea in** farmacia conseguita presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

- di essere - **abilitat** \_\_\_\_\_ all'esercizio professionale a seguito di esame di Stato. sostenuto presso la Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

- di essere **iscritt** \_\_\_\_\_ all'Albo -Professionale dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

- di non aver mai trasferito alcuna titolarità di farmacia ai sensi dell'art.12, legge.362/91, ovvero di aver aver trasferito la titolarità della farmacia di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

- di essere in possesso della **idoneità** dei requisiti richiesti dall'art.6 della legge n. 892/1984:

a) a seguito di superamento di concorso di cui al bando \_\_\_\_\_

b) per pratica professionale di cui all'art.6, L. 892/84, presso la farmacia \_\_\_\_\_ SITA \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_;

\*\*\*\*\*

**PER TUTTI I SOCI e DIRETTORE TECNICO DIPENDENTE**

- di non trovarsi nelle condizioni di cui agli artt. 12 e 13 legge n.475/68 ed agli artt. 7 e 8 legge n.362/91 **modificato dalla L. 124/2017**;

- la non sussistenza di cause di divieto, di decadenza o di sospensione indicate nell'allegato 1 al D. L.vo n.490/94, nei confronti di se stesso, e dei propri conviventi, nominativamente sopra elencati;

- di non aver riportato condanne penali, ovvero \_\_\_\_\_

- di non aver-carichi pendenti. in corso, ovvero di averne presso il Tribunale di \_\_\_\_\_

- di essere in possesso del seguente- **codice fiscale:** \_\_\_\_\_

**Si allega copia di documento d'identità**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(esente da autentica di firma ai sensi dell'art 3 – comma 10 della legge 127/97 ed esente da bollo ai sensi dell'art.74,- tabella del D. P.R. 642/72)