

**ISTANZA DI SOSTITUZIONE PERSONA QUALIFICATA DI OFFICINE FARMACEUTICHE AUTORIZZATE
ALLA PRODUZIONE DI MEDICINALI ,SOSTANZE ATTIVE, GAS MEDICINALI**

(Applicare marca da bollo)

All' Agenzia Italiana del Farmaco
Ufficio Ispezioni e autorizzazioni
GMP medicinali
Ufficio Ispezioni e autorizzazioni
GMP materie prime
(cancellare la voce che non interessa)
Via del Tritone, n. 181
00187 ROMA

Oggetto: Istanza di sostituzione Persona Qualificata per l'Officina farmaceutica
_____ sita in _____ Pr. _____

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____, Pr. _____, il
_____, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445,

DICHIARA

- di essere Legale Rappresentante / delegato¹ della Società _____
con sede legale sita in _____, Pr. _____, CAP _____, via
_____, n. _____, Codice Fiscale n. _____;

CHIEDE

la sostituzione dell'attuale Persona qualificata Dr. _____ con il
Dr. _____ in possesso della relativa idoneità
rilasciata il _____ n. _____, a far data dal _____ per la
propria officina farmaceutica _____ sita in _____, Pr. _____, CAP
_____, via _____, n. _____, tel. _____, fax _____, e-mail
_____ Codice Fiscale n. _____.

Allega alla presente:

- 1) Lettera di dimissioni o di preavviso di licenziamento della PQ uscente;
- 2) Dichiarazione di accettazione incarico da parte dell'interessato;
- 3) Tipologia di contratto con il quale è stata assunta la nuova Persona Qualificata;
- 4) Organigramma aziendale aggiornato;

¹ Cancellare la voce che non interessa, allegando, in caso di delega, dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà redatta ai sensi degli artt. 38-47 del D.P.R. n. 445/2000.

- 5) Mansionari aggiornati, firmati per accettazione dagli interessati, che descrivano tutti i ruoli e responsabilità assunti della nuova Persona Qualificata;
- 6) Attestazione del versamento².

Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del DPR 28.12.2000, n. 445, la presente comunicazione può essere inviata unitamente alla fotocopia di un documento di identità del dichiarante in corso di validità oppure prodotta direttamente e quindi firmata in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione.

Luogo e data _____

In fede
(Timbro e firma)

² L'importo da versare è indicato dal D.M. 6 dicembre 2016 (G.U. n. 25 del 31 gennaio 2017) salvo aggiornamenti. Il versamento dovrà essere effettuato seguendo le modalità indicate dal "Sistema versamento tariffe" sul sito istituzionale AIFA.