**Registo do farmacêutico substituto de Farmácia  
Instrução do Processo**

|  |  |
| --- | --- |
| **DADOS RELATIVOS À FARMÁCIA QUE PRETENDE REGISTAR O FARMACÊUTICO SUBSTITUTO** | |
| **Nome da Farmácia** | Clique ou toque aqui para introduzir texto. |
| **N.º do Alvará** | Clique ou toque aqui para introduzir texto. |
| **Morada** | Clique ou toque aqui para introduzir texto. |
| **Freguesia** | Clique ou toque aqui para introduzir texto. |
| **Código Postal** | Clique ou toque aqui para introduzir texto. |
| **Concelho/Ilha** | Escolha um item. |
| **Telefone** | Clique ou toque aqui para introduzir texto. |
| **Telemóvel** | Clique ou toque aqui para introduzir texto. |
| **Correio eletrónico** | Clique ou toque aqui para introduzir texto. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Documentos de instrução do processo**  Artigos n.ºs 21, 22, 23 e 24 do Decreto Legislativo Regional n.º 6/2011/A, de 10 de março, alterado e republicado pelo Decreto Legislativo Regional n.º 29/2012/A, de 26 de junho, e o artigo 18.º da Portaria n.º 76/2012, de 6 de julho. | **Remeteram - a confirmar pela Direção Regional da Saúde** |
| Requerimento do averbamento do novo(a) diretor(a) técnico(a) preenchido, assinado e carimbado pelo proprietário da farmácia. |  |
| Declaração de incompatibilidades do(a) farmacêutico(a) substituto(a). |  |
| Certificado de registo criminal do(a) farmacêutico(a) substituto(a). |  |
| Fotocópia da carteira profissional da Ordem dos Farmacêuticos devidamente atualizada do(a) farmacêutico(a) substituto(a). |  |
| Requerimento do proprietário da farmácia a solicitar o cancelamento do(a) anterior do(a) farmacêutico(a) substituto(a). |  |
| Requerimento de cancelamento de funções anteriores (se aplicável) do(a) farmacêutico(a) substituto(a). |  |
| **Observação:** A Direção Regional da Saúde poderá solicitar outros documentos que considere indispensáveis. | |

Escolha um item., Clique ou toque para introduzir uma data.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_