

Impresso de FA-6 Requerimento da substituição do substituto do director técnico de “farmácia” durante as ausências daquele director técnico

A presente empresa vem, por este meio, entregar aos Serviços de Saúde, os seguintes dados e documentos, com vista ao requerimento da substituição do substituto do director técnico de “farmácia” durante as ausências daquele director técnico:

I. Dados de pedido

1. Designação da farmácia:	
Em chinês _____	
Em português _____	
Alvará n.º: _____	
2. Substituto do director técnico de farmácia durante as ausências daquele director técnico a ser nomeado ⁽¹⁾ :	
Nome	Tipo e número de licença
_____	_____
_____	_____
_____	_____

II. Lista de documentos entregues

A fim de evitar problemas no processo de requerimento, bem como o seu adiamento, o requerente deve entregar todos os documentos exigidos e assinalar com “✓” a respectiva entrega no correspondente quadrado :

- Impresso de Requerimento da substituição do substituto do director técnico de “farmácia” durante as ausências daquele director técnico devidamente preenchido⁽²⁾;
- Carta da nomeação emitida pelo proprietário da farmácia⁽³⁾⁽⁴⁾;
- Documentos relativos ao substituto do director técnico de “farmácia” durante as ausências daquele director técnico a ser nomeado:
 - Cópia autenticada de Bilhete de Identidade de Residente de Macau ou apresentação do seu original (para a verificação e a autenticação da cópia a efectuar pelo Departamento dos Assuntos Farmacêuticos dos Serviços de Saúde);
 - Fotocópia da licença de farmacêutico / ajudante técnico de farmácia inscrito nos Serviços de Saúde;

- Declaração da responsabilidade (2);
 - Para farmacêutico: Declaração de Incompatibilidade (2) / Para adjunto técnico de farmácia: Declaração de Incompatibilidade (3);
 - Declaração de saída do estabelecimento de actividade farmacêutica ou outras entidades concernentes onde o interessado exerceu funções, indicando a designação do estabelecimento de actividade farmacêutica ou outras entidades concernentes e a data de desligação do cargo; em caso de não ter servido em qualquer estabelecimento de actividade farmacêutica ou outra entidade concernente, é necessário apresentar uma declaração.
4. Declaração sobre o horário de funcionamento de farmácia e o horário de trabalho de técnicos na farmácia⁽⁵⁾, contendo pelo menos as seguintes informações:
- Horário de funcionamento: de 2.^a feira a domingo e feriados oficiais;
 - Horário de trabalho do director técnico e do substituto do director técnico durante as ausências daquele director técnico: de 2.^a feira a domingo e feriados oficiais⁽⁶⁾⁽⁷⁾.
5. Declaração da desligação do cargo do substituto do director técnico durante as ausências daquele director técnico, indicando a data de desligação do cargo.

《 Declaração de Recolha de Dados Pessoais 》

1. Os dados pessoais e outros relacionados apresentados no impresso de requerimento pelo requerente destinam-se ao procedimento da sua aplicação e a efeitos de registo. Para isso, o Departamento dos Assuntos Farmacêuticos dos Serviços de Saúde procede nos termos do Decreto-Lei n.º 58/90/M, de 19 de Setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 20/91/M, de 25 de Março e da Lei da Protecção de Dados Pessoais consagrada pela Lei n.º 8/2005. Em caso de não apresentação correcta das informações exigidas, o pedido será indeferido;
2. Em caso de necessidade perante o cumprimento das obrigações legais, os dados acima mencionados serão enviados às autoridades policiais, órgãos judiciais e outras entidades competentes;
3. O requerente goza dos direitos de acesso e rectificação ou actualização dos dados pessoais e outros relacionados apresentados, segundo a lei e por forma escrita através de pedido.

Venho, por este meio, declarar que os dados apresentados e os documentos anexados neste requerimento são idênticos e verdadeiros, bem como a “Declaração de Recolha de Dados Pessoais” supracitada foi lida e entendida por mim.

Macau, de de 20 .

Assinatura e carimbo do proprietário da farmácia
(pelo administrador legal da empresa, em caso de ser pessoa colectiva)

Notas:

- (1) Esta substituição deve ser feita pelo farmacêutico ou adjunto técnico de farmácia;**
- (2) O presente requerimento está disponível no Departamento dos Assuntos Farmacêuticos dos Serviços de Saúde ou pode ser descarregado através do sítio electrónico dos Serviços de Saúde: <http://www.ssm.gov.mo>;**
- (3) A carta de nomeação deve conter o nome de contratante, a data e o lugar de recrutamento;**
- (4) Em caso do proprietário ser uma pessoa colectiva, a carta de nomeação deve ser assinada pelo administrador legal da empresa;**
- (5) Esta declaração deve ser assinada em conjunto pelo requerente (em caso de ser pessoa colectiva, pelo administrador legal da empresa) e pelo director técnico ou substituto do director técnico, durante as ausências daquele director técnico;**
- (6) Devem ser cumpridos os artigos 33.º e 34.º do Decreto-Lei n.º 58/90/M, de 19 de Setembro;**
- (7) Deve ser observada a Lei das Relações de Trabalho, estabelecida pela Lei n.º 7/2008;**

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE (2)

Nome: _____

Tipo do Bilhete de Identidade de Residente da RAEM:

Bilhete de Identidade de Residente Permanente n.º: _____

Bilhete de Identidade de Residente Não Permanente n.º: _____

Titular de licenças emitidas pelos Serviços de Saúde

Farmacêutico n.º: _____

Ajudante Técnico de Farmácia n.º: _____

Venho, por este meio, declarar que começo a assumir a responsabilidade do cargo de Substituto do Director Técnico da Farmácia _____ durante as ausências daquele director técnico, desde a data de _____.

Assinatura do declarante: _____

Data: _____

(A presente declaração deve ser feita pelo(a) Substituto(a) do(a) Director(a) Técnico(a) durante as ausências daquele director técnico. A presente declaração pode ser fotocopiada, de acordo com as necessidades reais.)

DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADE (2)

Nome: _____

Tipo do Bilhete de Identidade de Residente da RAEM:

Bilhete de Identidade de Residente Permanente n.º: _____

Bilhete de Identidade de Residente Não Permanente n.º: _____

N.º. Licença de Farmacêutico emitida pelos Serviços de Saúde: _____

Venho, por este meio, declarar que não exerço qualquer actividade de prestação de cuidados de saúde, designadamente, a profissão médica e correlativas, não me encontrando, assim, abrangido por qualquer incompatibilidade com o exercício da profissão de farmacêutico da farmácia.

Assinatura do declarante: _____

Data: _____

(A presente declaração deve ser feita pelo farmacêutico. A presente declaração pode ser fotocopiada, de acordo com as necessidades reais.)

DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADE (3)

Nome: _____

Tipo do Bilhete de Identidade de Residente da RAEM:

Bilhete de Identidade de Residente Permanente n.º: _____

Bilhete de Identidade de Residente Não Permanente n.º: _____

N.º. Licença de Ajudante Técnico de Farmácia emitida pelos Serviços de Saúde: _____

Venho, por este meio, declarar que não exerço qualquer actividade de prestação de cuidados de saúde, designadamente a profissão médica e correlativas, não me encontrando, assim, abrangido por qualquer incompatibilidade com o exercício da profissão de ajudante técnico de farmácia.

Assinatura do declarante: _____

Data: _____

(A presente declaração deve ser feita pelo ajudante técnico de farmácia. A presente declaração pode ser fotocopiada, de acordo com as necessidades reais.)