



Spett.

ATS DI BRESCIA

Servizio Farmaceutico

Viale Duca degli Abruzzi n. 15

25124 - BRESCIA

OGGETTO: Comunicazione decesso socio di società titolare di farmacia e nomina/conferma farmacista
Direttore Responsabile.

Il/I sottoscritto/i

.....

.....

.....

socio/i della Farmacia Cod BS0 ubicata in
..... (.....), Via

consapevole/i di quanto disposto dalla normativa vigente in materia con particolare riferimento alla
previsione di cui all'art. 7, comma 12, L. n. 362/91

PREMESSO

- che in data _____ è deceduto il/la Dott./ssa _____,
già socio della società titolare della suddetta farmacia

COMUNICA/NO

che la direzione tecnico - professionale è affidata / resta affidata al farmacista
Dr./Dr.ssa nato/a a.....
il, che è in possesso di tutti i requisiti di legge previsti e che dichiara di assumersi
tutte le responsabilità inerenti l'incarico.

.....

(luogo)

(data)

Il Direttore Responsabile incaricato

(firma per accettazione)



Per il farmacista con incarico di Direttore Tecnico, si allega la seguente documentazione:

- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio concernente l'assenza di incompatibilità (*modulo 2*);
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione atta a comprovare l'iscrizione all'Albo Provinciale dei Farmacisti, l'assenza di condanne penali a proprio carico, nonché la non sussistenza, nei propri confronti, di cause di decadenza, di sospensione o di divieto di cui all'art. 67 del D. Lvo n. 159 del 06/09/2011(*modulo 3*);
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa al possesso del requisito di idoneità previsto dall'art. 12 della L. 475/68 e ss.mm.ii. (*modulo 4*);
- Copie valido documento d'identità e codice fiscale.

Il socio si impegna a trasmettere al Servizio Farmaceutico tempestiva comunicazione della data di avvenuta presentazione della dichiarazione di successione.

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.L.vo nr. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

.....,

(luogo)

(data)

Il socio/i
(firma)

.....
(firma)

.....
(firma)

.....
(firma)



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445 e ss.mm.ii.)

II/la sottoscritto/a (cognome e nome) _____
nato a _____ (prov. _____) il _____
residente a _____ (prov. _____) Via _____ n. _____
indirizzo di posta elettronica e posta elettronica certificata (PEC) _____
_____ fax _____,

in qualità di Direttore della Farmacia _____
ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, consapevole della decadenza dei benefici eventualmente emanati sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art.75 del medesimo D.P.R. e delle conseguenze penali previste dall'art.76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità di:

- ✓ non essere titolare di farmacia, socio di società titolare di farmacia, gestore provvisorio di farmacia, direttore responsabile o collaboratore di altra farmacia;
- ✓ di non essere farmacista responsabile della vendita diretta di medicinali veterinari presso magazzino autorizzato;
- ✓ non ricoprire posti di ruolo nell'amministrazione dello Stato, compresi quelli di assistente e titolare di cattedra universitaria, o in enti locali o comunque pubblici;
- ✓ non esercitare la professione di propagandista di prodotti medicinali.

Informativa ai sensi del decreto legislativo 196/2003, articolo 13:

- i dati forniti verranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla procedura per cui sono raccolti;
- il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;
- il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura;
- titolare del trattamento è l'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia;
- responsabile del trattamento è il dirigente Responsabile della struttura destinataria della presente dichiarazione;
- in ogni momento potranno essere esercitati nei confronti del titolare del trattamento i diritti di cui all'art. 7 del d.lgs.196/2003.

_____ (luogo, data)

Firma del dichiarante

Ai sensi dell'articolo 38 del d.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la presente dichiarazione è stata:

sottoscritta, previa identificazione del richiedente, in presenza del dipendente addetto

_____ (indicare in stampatello il nome del dipendente)

sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE***(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e ss.mm.ii.)*

II/la sottoscritto/a (cognome e nome) _____
nato a _____ (prov. _____) il _____
residente a _____ (prov. _____) - Via _____ n. _____
recapito telef. _____ indirizzo di posta elettronica _____
e di posta elettronica certificata _____
- in qualità di Direttore della Farmacia _____
- ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole della decadenza dei benefici eventualmente emanati sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del medesimo D.P.R. e delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

- di essere iscritto all'Albo provinciale dell'Ordine dei farmacisti di dal al n.
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della normativa vigente;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- che nei propri confronti non sussistono le cause di decadenza, di sospensione o di divieto di cui all'art. 67 del D.Lvo 06/09/2011, n. 159.

Informativa ai sensi del decreto legislativo 196/2003, articolo 13:

- i dati forniti verranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla procedura per cui sono raccolti;
- il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;
- il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura;
- titolare del trattamento è l' Agenzia di Tutela della Salute di Brescia;
- responsabile del trattamento è il dirigente Responsabile della struttura destinataria della presente dichiarazione ;
- in ogni momento potranno essere esercitati nei confronti del titolare del trattamento i diritti di cui all'art. 7 del d.lgs.196/2003.

.....
(luogo) (data)

il Dichiarante

(firma)

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza di dipendente addetto, ovvero inviata a mezzo raccomandata a.r., ovvero sottoscritta e inviata all'ufficio competente tramite p.e.c., unitamente a copia non autentica di valido documento d'identità del dichiarante nei casi previsti.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e ss.mm.ii.)

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) _____
 nato a _____ (prov. _____) il _____
 residente a _____ (prov. _____) Via _____ n. _____

- in qualità di Direttore della Farmacia _____,
 ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole della decadenza dei benefici
 eventualmente emanati sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del medesimo D.P.R. e
 delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e
 dichiarazioni mendaci

DICHIARA

di essere in possesso del requisito di idoneità di cui all'art. 12 della L. 475/1968 e ss.mm.ii. conseguito
 per:

- concorso per sedi farmaceutiche della Provincia _____ in data _____

svolgimento della pratica professionale biennale presso le seguenti farmacie:

FARMACIA (denominazione / indirizzo)	DAL	AL	ORE SETTIMANALI	QUALIFICA collaboratore/direttore

Informativa ai sensi del decreto legislativo 196/2003, articolo 13:

- i dati forniti verranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla procedura per cui sono raccolti;
- il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;
- il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura;
- titolare del trattamento è l' Agenzia di Tutela della Salute di Brescia;
- responsabile del trattamento è il dirigente responsabile della struttura destinataria della presente dichiarazione ;
- in ogni momento potranno essere esercitati nei confronti del titolare del trattamento i diritti di cui all'art. 7 del d.lgs.196/2003.

.....
 (luogo) (data)

il Dichiarante
 (firma)

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza di
 dipendente addetto, ovvero inviata a mezzo raccomandata a.r., ovvero sottoscritta e inviata all'ufficio competente
 tramite p.e.c., unitamente a copia non autentica di valido documento d'identità del dichiarante nei casi previsti.