



Marca da bollo
vigente

Spett.

ATS DI BRESCIA

Servizio Farmaceutico

Viale Duca degli Abruzzi n. 15

25124 - BRESCIA

OGGETTO : Domanda d'autorizzazione alla gestione provvisoria della farmacia da parte degli eredi.

Il/I sottoscritto/i
in qualità di erede/i del Dott.
titolare della Farmacia Cod BS0 ubicata in
..... (.....), Via
consapevole/i di quanto disposto dalla normativa vigente in materia,

CHIEDE/ONO

l'autorizzazione alla gestione provvisoria della sopraindicata farmacia.

In proposito comunica/no che la direzione tecnico - professionale è 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)



A tal fine, allega/no la seguente documentazione:

- Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà concernente la data di morte del Titolare e la qualità di erede/i (*modulo 1*);

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*);
 - Copia valido documento d'identità e codice fiscale.
-
- Marca da bollo €16,00 (*o tariffa in vigore*) per il rilascio di copia conforme legale della Determinazione dirigenziale di autorizzazione alla gestione provvisoria.

L'/Gli erede/i si impegna/no a trasmettere al Servizio Farmaceutico tempestiva comunicazione 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)

L'/Gli erede/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.)

Io sottoscritto/a C.F.
nato/a a il residente a
..... (prov.) in Via n.

in qualità di erede/coerede, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace e di formazione od uso di atti falsi richiamati dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000,

DICHIARA

per quanto di diretta conoscenza:

che il Dr./Dr.ssa nato/a il a
residente in via n.,
titolare/socio della farmacia - Sede n. - sita nel Comune di
..... Via n.
di stato civile: coniugato/a celibe nubile

E' DECEDUTO

a il, lasciando eredi:

- nato/a a il
C.F. residente a
- nato/a a il
C.F. residente a
- nato/a a il
C.F. residente a
- nato/a a il
C.F. residente a

e che non vi sono altri eredi oltre ai suddetti.

.....
(luogo) (data)

I/il Dichiarante/i

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.

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 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.