

FARMACIA _____

COMUNE DI _____

COD. BS0 _____

Spett.le
SC Farmaceutico
ATS Brescia

Pec: protocollo@pec.ats-brescia.it

Oggetto: comunicazione nuova nomina Direttore di farmacia

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____
in qualità di LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA SOCIETÀ _____
Cod Fisc/ PIVA _____ titolare della **FARMACIA** sede n° _____ del Comune di _____
_____ DENOMINATA _____
Sita in via _____ n° _____ Cod Reg. _____

COMUNICA CHE DAL GIORNO ___ / ___ / ___ **LA DIREZIONE DELLA FARMACIA È AFFIDATA AL**
Dr/Dr.ssa _____ **COD FISC** _____ ,
residente in _____ via _____ n° _____
Iscritt _ all'Ordine dei farmacisti della provincia di _____ n° iscriz. _____ ,
tel cell _____ , che responsabilmente accetta l'incarico.

Si allegano i seguenti documenti relativi al Direttore incaricato (Utilizzare la modulistica predisposta da ATS BS):

- **modulo n. 1 (art. 47 del D.P.R. n. 445/2000):** possesso dei requisiti di accettazione dell'incarico;
- **modulo n. 2 (art. 46 del D.P.R. n. 445/2000):** abilitazione professionale, iscrizione all'Ordine Professionale, dichiarazione antimafia e carichi pendenti;
- **modulo n. 3 (art. 12 del D.P.R. n. 475/1968):** possesso del requisito di idoneità;
- **modulo n. 4 (art. 47 del D.P.R. n. 445/2000):** dichiarazione sostitutiva atto di notorietà assenza incompatibilità;
- contratto di attivazione SISS Regione Lombardia (**allegato 1**);
- copia del codice fiscale;
- mod. A e B per il rilascio della carta SISS.

Li, _____ data _____

Il Farmacista DIRETTORE

per accettazione, prescrizione ed autorizzazione
al trattamento dei propri dati personali ai sensi
D.Lvo 196/03

Il Legale Rappresentante

(Firma per esteso)

(Timbro e firma per esteso)



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 _____ (____) il _____, codice fiscale _____
residente a _____ (prov. ____) - Via _____ n. _____
tel. cell. _____ indirizzo di posta elettronica _____ e di
posta elettronica certificata _____

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, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di essere in possesso di tutti i requisiti prescritti dalla vigente legislazione ivi compresa la decretazione emergenziale per l'assunzione dell'incarico di direttore professionale di farmacia e di accettare il relativo incarico presso la farmacia _____ ubicata in Via _____ del Comune di _____

Informativa ai sensi del Regolamento (UE) 679/2016, articoli 13 e 14:

- 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

Firma e timbro del Titolare della farmacia

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.)**

II/la sottoscritto/a (cognome e nome) _____ nato a _____ (____) il _____, codice fiscale _____ residente a _____ (prov. ____) - Via _____ n. _____ tel. cell. _____ indirizzo di posta elettronica _____ e di posta elettronica certificata _____

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 dei Farmacisti della Provincia di _____ dal _____ al n° _____;
- di non aver riportato condanne penali che precludano o escludano, ai sensi delle vigenti disposizioni, l'esercizio della farmacia;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali in corso;
- che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione previste dal D.Lgs. n. 159/2011 e ss.mm.ii.

Informativa ai sensi del Regolamento (UE) 679/2016, articoli 13 e 14:

- 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.

Data _____

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 o sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, ovvero inviata a mezzo raccomandata a.r. o a mezzo 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.)**

II/la sottoscritto/a (*cognome e nome*) _____
nato a _____ (____) il _____, codice fiscale _____
residente a _____ (prov. ____) - Via _____ n. _____
tel. cell. _____ 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 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 Regolamento (UE) 679/2016, articoli 13 e 14:

- 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 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 _____ (____) il _____, codice fiscale _____
residente a _____ (prov. ____) - Via _____ n. _____
tel. _____ cell. _____ indirizzo di posta elettronica _____
_____ e di posta elettronica certificata _____

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:

<input type="checkbox"/>	non essere titolare di farmacia, gestore provvisorio di farmacia, direttore responsabile o collaboratore presso altra farmacia;
<input type="checkbox"/>	non esercitare la professione medica;
<input type="checkbox"/>	non essere Responsabile tecnico di distributori di medicinali ad uso umano;
<input type="checkbox"/>	non essere Responsabile della vendita diretta di medicinali veterinari presso magazzino autorizzato;
<input type="checkbox"/>	non esercitare la professione di propagandista di prodotti medicinali;
<input type="checkbox"/>	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;
<input type="checkbox"/>	essere
<input type="checkbox"/>	non essere
socio della farmacia di cui assume la direzione;	
<input type="checkbox"/>	nel caso in cui non fosse socio della farmacia di cui assume la direzione non essere socio di altre società titolari di farmacia.

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'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.

Allegato 1 – Contratto di attivazione SISS della Farmacia

SISS - REGIONE LOMBARDIA CONTRATTO di ATTIVAZIONE

La Farmacia: _____, qui rappresentata dal Titolare/ Direttore
Dr.ssa/Dr. _____

CHIEDE

l'integrazione nel SISS ed al riguardo dichiara di essere in possesso dei necessari standard tecnico-organizzativi.

La farmacia, allo scopo, si dichiara consapevole di quanto qui sotto circostanziato.

La sottoscrizione del presente documento costituisce elemento prodromico all'attivazione della farmacia nel SISS ed è redatto in applicazione alla vigente Convenzione tra Regione Lombardia, Federfarma Lombardia e Confservizi/Assofarm Lombardia (di seguito Convenzione).

1. Introduzione

L'ATS _____ partecipa al SISS di Regione Lombardia e mette a disposizione degli operatori sociosanitari lombardi dei servizi applicativi a supporto dei processi sociosanitari.

I servizi applicativi vengono fruiti dagli operatori sociosanitari, attraverso i propri sistemi informativi, mediante una *smart card* in dotazione all'operatore.

L'esecuzione di talune funzionalità richiede la presenza della Carta Regionale dei Servizi (CRS) o della Tessera Sanitaria nazionale del cittadino (TS-CNS).

2. Impegni della farmacia

2.1 Utilizzo dei Servizi SISS

La Farmacia si impegna a utilizzare i servizi applicativi SISS di seguito elencati:

- gestione e invio della DCR-FUR nelle modalità precedentemente descritte;
- servizi di prenotazione prestazioni sanitarie, registrazione del consenso al trattamento dei dati personali effettuato con il Fascicolo Sanitario Elettronico, registrazione delle autocertificazioni relative alle esenzioni;
- servizi innovativi secondo le modalità richiamate nella Convenzione e negli Accordi conseguenti.

2.2 Applicativo Gestionale di farmacia

Gli Applicativi Gestionali utilizzati dalle farmacie per accedere al SISS, devono essere qualificati secondo le procedure stabilite dal SISS.

I costi inerenti all'acquisto e alla manutenzione del Gestionale di farmacia sono a carico della farmacia.

2.3 Service Provider

A seguito delle evoluzioni introdotte a partire dal 2012 dalla DGR IX/001153 del 29/12/2010 "Determinazioni inerenti ai provider dei servizi della rete del sistema informativo sociosanitario – SISS", Regione Lombardia fornisce, tramite Aria S.p.A., direttamente la connettività necessaria: conseguentemente la gestione della connettività è, anche economicamente, a carico di Regione Lombardia. I servizi di assistenza, erogati con quanto espresso dalle linee guida regionali, devono essere approvvigionati direttamente dalla farmacia e sono erogati da Service Provider qualificati a tale scopo da Aria S.p.A. tramite apposita procedura. Similmente a quanto stabilito dalle procedure sinora vigenti, la farmacia deve quindi procedere alla selezione

di un Service Provider qualificato, con cui dovrà stipulare uno specifico contratto di fornitura. La quota dei costi del Service Provider attribuibile al SISS viene rimborsata da Regione Lombardia, per il tramite delle ATS, alle farmacie.

3. Rimborso dei costi

Regione Lombardia contribuisce ai costi sostenuti dalle farmacie per gli adeguamenti necessari per il SISS, per il tramite delle ATS.

L'entità di questi contributi è definita nell'Allegato 2 della Convenzione.

La farmacia ha diritto al rimborso solo se invia con continuità la DCR-FUR e delle relative evoluzioni previste dalla presente convenzione, fatte salve le seguenti eccezioni:

- guasto tecnico segnalato dalla farmacia attraverso l'apertura di un ticket, seguendo la procedura definita da Aria S.p.A.;
- chiusura della farmacia per ferie, malattia, sciopero o altre documentate cause di forza maggiore;
- mancato invio volontario con conseguente mancato rimborso della DCR-FUR.

Non darà comunque luogo all'annullamento del rimborso dei costi fatturati dal Service Provider, l'attribuzione del mancato invio della DCR-FUR per cause indipendenti dalla volontà del farmacista.

4. Trattamento dei dati personali

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003, del Regolamento Generale 679/2016 (GDPR) e in base alle *"Disposizioni Regionali alle Aziende Sanitarie Pubbliche e agli IRCCS di diritto pubblico in ordine alla definizione dei ruoli e dei compiti relativi al trattamento dei dati personali nell'ambito del progetto SISS"*, allegate alla DGR VIII/5198 del 02/08/2007, e successive integrazioni e modifiche designa la farmacia che aderisce al SISS mediante la stipula del presente contratto, come Responsabile del trattamento dei dati personali relativi ai trattamenti previsti in capo alla Farmacia dalla Convenzione.

La farmacia per le attività e gli ambiti non previsti all'interno della presente convenzione in ambito SISS, resta titolare del trattamento dei dati personali di propria competenza.

5. Durata del contratto

La durata del presente contratto è governata dalla vigente Convenzione; pertanto la durata del contratto è condizionata dalla validità della Convenzione stessa.

Fatta salva detta condizione di validità e la possibilità di conclusione anticipata, il contratto durerà sino al 31.12.2024, ma si intenderà tacitamente rinnovato in caso di rinnovo della Convenzione.

6. Risoluzione del contratto

La farmacia perderà il diritto ai rimborsi di cui all'Allegato 2 alla Convenzione in caso di cessazione della Titolarità, di risoluzione della Convenzione o di termine del convenzionamento della farmacia con il SSN.

7. Riferimenti

La presente richiesta di attivazione è redatta in conformità alla Convenzione.

Luogo, data

Timbro e Firma del Legale Rappresentante della Farmacia
