

Spett.le
ATS di Brescia
Servizio Farmaceutico

AUTOCERTIFICAZIONE POSSESSO REQUISITI PER SOSTITUZIONE DIREZIONE DI FARMACIA
(art. 12 della L. n. 475/1968 e ss.mm.ii)

Il/La sottoscritto/a

Cognome										Nome									
Codice Fiscale																			

Nato/a a											il											
Residente a											Provincia:											
Via/Piazza											Nr.											
Iscrizione all'Ordine dei Farmacisti																						
	Provincia										Data iscrizione					nr. iscrizione						

Dichiara ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000:

- di essere in possesso del requisito dell'idoneità previsto dall'art. 12 della L. n. 475/1968 e ss.mm.ii. conseguito:

per concorso per sedi farmaceutiche della Provincia di

	In data	
--	---------	--

per svolgimento pratica professionale biennale presso le seguenti farmacie:

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

- di non avere 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 DLgs n. 159/2011 e ss.mm.ii.

Dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445 e ss.mm.ii., di:

- non essere titolare, gestore provvisorio, direttore o collaboratore di altra farmacia;
 - non essere farmacista responsabile della vendita diretta di medicinali veterinari presso magazzino autorizzato;
 - non esercitare la professione medica;
 - non essere responsabile tecnico di distributori di medicinali per uso umano;
 - non esercitare la professione di propagandista di prodotti medicinali;
 - 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;
- essere socio della farmacia di cui assume la direzione

oppure

- non essere socio della farmacia di cui assume la direzione, né socio di altre società titolari di farmacia

Data _____

Il Dichiarante

firma

Informativa ai sensi e per gli effetti degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (l'informativa completa è pubblicata sul sito www.ats-brescia.it):

- 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; 2 Modulo predisposto da Agenzia di Tutela della Salute di Brescia – Decreto D.G. n. 480 del 07.08.2023
- in ogni momento potranno essere esercitati nei confronti del Titolare/Responsabile del trattamento i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Reg. 679/2016/UE.

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dagli interessati e inviata all'ufficio competente unitamente a copia non autentica di valido documento d'identità del dichiarante