



MARCA DA BOLLO
Tariffa in vigore

Spett.le
ATS di BRESCIA
Servizio Farmaceutico
Viale Duca degli Abruzzi, 15
Brescia
protocollo@pec.ats-brescia.it

OGGETTO : Istanza per riconoscimento titolarità e autorizzazione all'apertura ed esercizio di Farmacia a seguito di concorso pubblico straordinario indetto da Regione Lombardia con DDGS n. 9986 del 8/11/2012.

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa nato/a a il C.F./P.IVA residente a Via n., considerata l'assegnazione definitiva, come da lettera della Regione Lombardia ricevuta via PEC in data _____ della sede n. _____ del Comune di _____

CHIEDE

il riconoscimento della titolarità della Sede n. _____ del Comune di _____ e l'autorizzazione all'apertura ed all'esercizio denominato _____ nei locali ubicati in Via _____ n. _____.

A tal fine allega la seguente documentazione (apporre il simbolo X ad indicare i documenti allegati):

- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio di assenza di situazioni di incompatibilità (modulo 1);
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa ai requisiti richiesti per la titolarità e l'autorizzazione all'apertura (modulo 2);
- Copia documento d'identità valido e codice fiscale;
- Dichiarazione sostitutiva del certificato di iscrizione alla Camera di Commercio Industria Artigianato e Agricoltura (modulo 3);
- Dichiarazione del titolare relativa alla collocazione della farmacia (modulo 5);
- Dichiarazione dell'orario previsto di apertura (modulo 6);



- Planimetria dei locali datata e prodotta digitalmente da tecnico abilitato, in scala 1:100 con indicati i rapporti aereo-illuminanti, le destinazioni d'uso dei singoli locali, le sezioni, le vie di fuga e l'accessibilità ai portatori di handicap;
- Ricevuta di versamento della tassa di concessione nella misura della vigente Legge Regionale (L.R. 10/2003) da effettuare attraverso il portale dei pagamenti della Regione Lombardia - <https://pagamentinlombardia.servizirl.it/pa/home.html> - Beneficiario: Regione Lombardia – Tipologie di pagamento “Concessioni – Tassa di rilascio” (*la somma da versare e le modalità di pagamento si otterranno in seguito alla compilazione dei campi obbligatori*)
- Richiesta vidimazione Registro entrata uscita stupefacenti OPPURE comunicazione utilizzo registro informatico di cui all'art. 2 comma 1 lett. b) del DM 11/05/2010.

Si impegna inoltre, al fine di consentire a codesto Servizio l'espletamento dell'istruttoria necessaria al rilascio dell'autorizzazione, a trasmettere la **comunicazione di disponibilità dei locali per l'ispezione preventiva (modulo 7)**, con la documentazione indicata nel modulo.

.....
(luogo) (data)

.....
(firma)

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.

.....
(firma)



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

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) _____

Nato a _____ (prov. o stato _____) il _____

Residente a _____ (prov. ____) Via _____ n. ____
Indirizzo di posta elettronica/posta elettronica certificata (PEC)

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 né socio di società titolari di farmacia né gestore provvisorio di farmacia, né direttore responsabile o collaboratore presso altra farmacia;
- di non essere farmacista responsabile della vendita diretta di medicinali veterinari presso magazzino autorizzato;
- di non esplicare altra attività svolta nel settore della produzione e informazione scientifica del farmaco, nonché l'esercizio della professione medica;
- di non aver nessun rapporto di lavoro pubblico e privato;
- di non avere trasferito la titolarità di farmacia nei 10 anni precedenti alla data di assegnazione della 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.

Data _____

Firma _____

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. o stato _____) il _____

residente a _____ (prov. ____) Via _____ n. _____

Indirizzo di posta elettronica/posta elettronica certificata (PEC)

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;
- che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione previste dal D.Lgs. n. 159/2011 e s.m.i. e di non essere a conoscenza dell'esistenza di procedimenti in corso in tal senso.

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)



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO DI ISCRIZIONE ALLA CAMERA DI COMMERCIO INDUSTRIA ARTIGIANATO AGRICOLTURA

(resa ai sensi dell'art. 46 Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa n. 445/2000)

Il/La sottoscritt__ nat__ a

il

residente a

via

nella sua qualità di dell'Impresa

DICHIARA

che l'Impresa è iscritta nel Registro delle Imprese di

con il numero Repertorio Economico Amministrativo

Denominazione:

Forma giuridica:

Sede:

Codice Fiscale:

Data di costituzione:

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Numero componenti in carica:

COLLEGIO SINDACALE

Numero sindaci effettivi:

Numero sindaci supplenti



OGGETTO SOCIALE

--

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA NASCITA	CARICA
---------	------	-------------------------	--------

--

DIRETTORI TECNICI (OVE PREVISTI)

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA NASCITA	CARICA
---------	------	-------------------------	--------

--

**SOCI E TITOLARI DI DIRITTI SU QUOTE E AZIONI/PROPRIETARI**

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA NASCITA	CARICA

SEDI SECONDARIE E UNITA' LOCALI

--

, il

IL TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE

Variazioni degli organi societari - I legali rappresentanti degli organismi societari, nel termine di trenta giorni dall'intervenuta modificazione dell'assetto societario o gestionale dell'impresa, hanno l'obbligo di trasmettere al prefetto che ha rilasciato l'informazione antimafia, copia degli atti dai quali risulta l'intervenuta modificazione relativamente ai soggetti destinatari delle verifiche antimafia.

La violazione di tale obbligo è punita con la sanzione amministrativa pecuniaria (da 20.000 a 60.000 Euro) di cui all'art. 86, comma 4 del D. Lgs. 159/2011.



COLLOCAZIONE DELLA FARMACIA

Il sottoscritto

in qualità di titolare della farmacia

dichiara che:

- i locali individuati per la farmacia distano più di 200 m. (misurati da soglia a soglia per la via pedonale più breve) dalla farmacia più vicina (*indicare quale*)
- che la farmacia si colloca:
 - all'interno della zona prevista dal decreto DGWelfare n. 13928 del 27/12/16
 - nella zona prevista dalla delibera di giunta comunale n.
 - nelle vicinanze (entro m. dalla zona prevista)

In caso di collocazione fuori dalla zona prevista:

Si allega dichiarazione del Comune che la collocazione della farmacia risponde alle esigenze di assistenza farmaceutica della popolazione, nelle more di una revisione che ridefinisca in modo coerente e aggiornato i confini delle zone.

In caso di richiesta formale da parte dell'ATS, si produrrà perizia giurata sulla distanza dalle altre farmacie.

.....

(luogo)

(data)

.....

(firma)



Modulo n.6

DICHIARAZIONE ORARI APERTURA E GIORNO DI RIPOSO

Il sottoscritto

in qualità di titolare della farmacia

Recapito telefonico

Indirizzo pec

- con riferimento al art. 90 L.R. 33/2009 (.....*“L'orario minimo di apertura è stabilito in quaranta ore settimanali equamente distribuite su cinque giorni”*.....),

COMUNICA

che gli orari previsti di apertura della farmacia sono i seguenti:

Lunedì				
Martedì				
Mercoledì				
Giovedì				
Venerdì				
Sabato				
Domenica				

Il giorno di riposo (*facoltativo*) è il seguente _____

Data _____ Firma _____

Modulo n.7

Spett.le
ATS di BRESCIA
Servizio Farmaceutico
Viale Duca degli Abruzzi, 15
Brescia
protocollo@pec.ats-brescia.it

Oggetto: Dichiarazione di disponibilità dei locali per l'ispezione preventiva locali Farmacia

Il sottoscritto titolare della Farmacia _____ ubicata in
via _____ a _____, in
riferimento all'istanza presentata in data _____,

COMUNICA

la disponibilità dei locali per l'ispezione preventiva a decorrere dal _____

Si allegano i seguenti documenti :

- Segnalazione Certificata di Agibilità/Certificato di abitabilità/agibilità;**
- Dichiarazione di conformità ai sensi del DM n. 37 del 22/01/2008 e ss.mm.ii. di tutti gli impianti installati (es. impianto elettrico/impianto di riscaldamento, climatizzazione, condizionamento e ventilazione ed aerazione/impianti idrici e sanitari, impianti di sollevamento di persone o di cose ascensori/montacarichi/ecc.);
- In presenza di impianto di ventilazione meccanica controllata (VMC)** relazione tecnica attestante la rispondenza al vigente regolamento locale di igiene o norma equipollente;
- In presenza di impianto di sollevamento**, prima verifica e successive ai sensi del DM 11.04.2011;
- In presenza locali interrati o semi-interrati ad uso lavorativo** deroga all'uso ai sensi dell'art. 65 d.lgs. 81/2008 rilasciato dal competente Servizio Prevenzione Saluta Ambienti e Luoghi di Lavoro (P.S.A.L.)

Il sottoscritto dichiara che certificazioni e/o documentazione non prodotte in allegato alla presente saranno rese disponibili in occasione dell'ispezione preventiva dei locali.

.....
(luogo) (data)

.....
(firma)
(firma)