



MARCA DA BOLLO Tariffa vigente

Spett. le
ATS di Brescia
Servizio Farmaceutico
Viale Duca degli Abruzzi, 15
25124 Brescia
protocollo@pec.ats-brescia.it

OGGETTO : Domanda d'autorizzazione al trasferimento della titolarità a farmacista.

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa nato/a a
il C.F./P.IVA residente
a via n. , consapevole di quanto
disposto dalla normativa vigente in materia,

CHIEDE

il riconoscimento della titolarità della farmacia Sede n. del Comune di
..... ubicata in via n.,
con attribuzione della denominazione qui di seguito indicata:

A tal fine allega la seguente documentazione:

- Atto pubblico di acquisto in copia conforme all'originale o documento informatico sottoscritto digitalmente;
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio, atta a comprovare l'assenza di situazioni di incompatibilità con la condizione di titolare (*modulo n.1*);
- 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 n.2*);
- Dichiarazione sostitutiva del certificato di iscrizione alla Camera di Commercio Industria Artigianato e Agricoltura (*modulo n.3*);
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione comprovante il possesso del requisito di idoneità di cui all'art. 12 della L. n. 475/68 e ss.mm.ii. (*modulo n.4*);
- 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*); tassa non dovuta se trattasi di Farmacia rurale sussidiata);
- Richiesta di vidimazione registro stupefacenti (*modulo n. 5*).

Documentazione relativa ai locali della farmacia:

- Planimetria dei locali in scala 1:100, datata e firmata da tecnico abilitato e dal titolare/direttore della farmacia, 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;
- Dichiarazione a firma del titolare riguardo al numero di addetti contemporaneamente presenti durante l'attività lavorativa in farmacia;
- Certificati di conformità degli impianti;
- Certificato di agibilità o richiesta inoltrata al Comune;
- Marca da bollo di € 16,00 (*o tariffa vigente*) per il rilascio della copia autentica della determinazione dirigenziale di riconoscimento della titolarità;
- Fotocopia valido documento di identità e codice fiscale del richiedente.

Si dichiara che la documentazione non presentata contestualmente alla presente istanza verrà prodotta entro e non oltre la data del

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 TITOLARE



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) _____

_____ tel./ fax _____,

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 esplicitare attività nel settore della produzione ed informazione scientifica del farmaco;
- 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;
- di non essere in rapporto di lavoro subordinato con enti pubblici o privati;
- di 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;
- di non svolgere altre professioni od arti sanitarie.

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.



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. _____

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 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

--

TITOLARI DI CARICHE O QUALIFICHE

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.

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. _____

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 aver conseguito l'idoneità di cui all'art. 12 della L. 475/1968 e ss.mm.ii. in seguito a:

- concorso per sedi farmaceutiche della Provincia _____ in data _____
- svolgimento della pratica professionale biennale presso le seguenti farmacie:

FARMACIA (denominazione / indirizzo)	DAL	AL	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)

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione, nonché ai gestori di pubblici servizi.

Alla cortese attenzione di

ATS Brescia
Servizio Farmaceutico
Sua Sede

Oggetto: Richiesta vidimazione registro entrata e uscita sostanze stupefacenti di cui all'art. 60 DPR n. 309/90 e successive modifiche.

Il sottoscritto in qualità di Direttore presso la Farmaciacon sede in recapito telef. indirizzo pec

CHIEDE

la vidimazione del registro di entrata e uscita sostanze stupefacenti di cui all'art. 60, comma 1, del DPR 309/90 e successive modifiche:

- che è consegnato unitamente alla presente richiesta;
- che verrà consegnato presso la Segreteria del Servizio Farmaceutico.

Allega ricevuta di avvenuto versamento del diritto fisso di segreteria pari a €=33,00= mediante accesso al Portale Pagamenti al link:

<https://pagamentinlombardia.servizirl.it/pa/changeEnte.html?enteToChange=ATSBS&redirectUrl>

selezionando, nella Sezione "Altre tipologie di pagamento", la voce "Altri Introiti" e valorizzando con la causale "Vidimazione registro entrata e uscita art. 60 DPR 309/90 - Sede Farmaceutica n. Del Comune di".

Distinti saluti.

Data _____

Timbro e Firma _____