

OGGETTO : Domanda d'autorizzazione al trasferimento della titolarità di farmacia a Società.

La Società (Ragione Sociale / Denominazione),
P.I./C.F. sede legale
....., nella persona del sottoscritto rappresentante
legale nato a
il, 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:
.....

e affida la direzione tecnico - professionale al farmacista
Dott./Dott.ssa CF nato/
a il, che è in possesso del
requisito dell'idoneità previsto dall'art. 12 della Legge n. 475 del 2 aprile 1968 e ss.mm.ii. e art. 7 c.3 L.
n. 362/91 e ss.mm.ii. e che accetta responsabilmente l'incarico.

.....
(luogo)

.....
(data)

Il Direttore Responsabile incaricato.....
(firma per accettazione)

A tal fine allega la seguente documentazione (*barrare le voci interessate*):

- Atto costitutivo della società (atto pubblico o scrittura privata) in copia conforme all'originale o documento informatico sottoscritto digitalmente;
- Atto pubblico di acquisto di farmacia in copia conforme all'originale o documento informatico sottoscritto digitalmente (nell'atto indicare gli estremi del provvedimento ATS di autorizzazione alla titolarità del cedente e che il trasferimento comprende il diritto di farmacia e l'azienda commerciale ad essa connessa ai sensi dell'art. 12 della L. 475/1968);

Per la Società

- Dichiarazione sostitutiva del certificato di iscrizione alla Camera di Commercio Industria Artigianato e Agricoltura firmata dal Legale Rappresentante (modulo n.1);
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione comprovante che la società, ai sensi degli artt. 2359 e segg. del codice civile, controlla, direttamente od indirettamente, non più del 20 per cento delle farmacie esistenti nel territorio della medesima regione o provincia autonoma (modulo n. 2)
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio concernente l'assenza di incompatibilità in capo alla società istante (modulo n.3)
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione atta a comprovare 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 bis)

Per ciascuno dei Soci:

socio persona fisica

- 🏠 Dichiarazione sostitutiva di atto notorio concernente l'assenza di incompatibilità (modulo n.4);
- 🏠 Dichiarazione sostitutiva di certificazione atta a comprovare 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. 159/2011(modulo n. 5)
- 🏠 Copia di valido documento di identità e codice fiscale;

socio persona giuridica

- 🏠 Dichiarazione sostitutiva di atto notorio concernente l'assenza di incompatibilità (modulo n.4bis);
- 🏠 Dichiarazione sostitutiva di certificazione atta a comprovare 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. 159/2011(modulo n. 5bis)
- 🏠 Copia di valido documento di identità e codice fiscale

Per il Direttore:

- 🏠 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. 159/2011(modulo n.6);
- 🏠 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.7);
- 🏠 Dichiarazione sostitutiva di atto notorio relativo all'assenza di incompatibilità (modulo n. 8);
- 🏠 Copia di valido documento di identità e codice fiscale.

Documentazione relativa ai locali della farmacia

- 🏠 Planimetria dei locali in scala 1:100, datata e firmata da tecnico abilitato e dal legale rappresentante 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 in duplice copia;

Altra Documentazione

- 🏠 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. 9) e registro o comunicazione adozione registro informatico (modulo 9 bis);
- 🏠 Marca da bollo di € 16,00 (o tariffa vigente) per il rilascio della copia conforme della determinazione dirigenziale di riconoscimento della titolarità.

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

.....,

(luogo)

(data)

IL LEGALE RAPPRESENTANTE
(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 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

--

Dichiara, altresì, che l'impresa gode del pieno e libero esercizio dei propri diritti, non è in stato di liquidazione, fallimento o concordato preventivo, non ha in corso alcuna procedura dalla legge fallimentare e tali procedure non si sono verificate nel quinquennio antecedente la data odierna.

, 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.

Informativa ai sensi del decreto legislativo 196/2003 come modificato dal Reg UE 2016/679 e dal D.Lgs 101/2018:

- 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. 15 e ss del Reg. UE 2016/679.

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, 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

(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 _____ della società _____

Denominazione: _____

Sede _____

Codice Fiscale _____

Partita I.V.A. _____

DICHIARA

che la società, ai sensi degli artt. 2359 c.c. e segg., controlla, direttamente od indirettamente, non più del 20 per cento delle farmacie esistenti nel territorio della medesima regione o provincia autonoma, come previsto dall'art. 158 della Legge n. 124 / 2017.

Data _____

Firma _____

Informativa ai sensi del decreto legislativo 196/2003 come modificato dal Reg UE 2016/679 e dal D.Lgs 101/2018:

- 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. 15 e ss del Reg. UE 2016/679.

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, 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 _____ (prov. ____) il _____

Residente a _____ Via _____ n. ____

indirizzo posta elettronica certificata (PEC) _____

in qualità di

- Legale rappresentante Presidente del Consiglio di amministrazione
 Amministratore unico

della società _____

C.F./P.I. _____

richiedente la titolarità della sede farmaceutica n. ____ del Comune di _____

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

sotto la propria responsabilità:

che nei propri confronti, nei confronti della società sopra indicata, nonché nei confronti dei soggetti di cui all'art. 85 D. Lgs. n. 159/2011 non sussistono le cause di decadenza, di sospensione o di divieto di cui all'art. 67 del D.Lgs. n. 159 del 06/09/2011.

Data _____

Firma _____

Informativa ai sensi del decreto legislativo 196/2003 come modificato dal Reg UE 2016/679 e dal D.Lgs 101/2018:

- 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. 15 e ss del Reg. UE 2016/679.

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, 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.

Persone fisiche

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. _____
 recapito telef. _____ indirizzo di posta elettronica _____
 e di posta elettronica certificata _____

in qualità di socio di società richiedente la titolarità 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 esplicare attività nel settore della produzione ed informazione scientifica del farmaco, nonché di non esercitare la professione medica;
- di non essere titolare, gestore provvisorio, direttore o collaboratore di altra farmacia;
- di non essere in rapporto di lavoro con enti pubblici o privati.

Data _____

Firma _____

Informativa ai sensi del decreto legislativo 196/2003 come modificato dal Reg UE 2016/679 e dal D.Lgs 101/2018:

- 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. 15 e ss del Reg. UE 2016/679.

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, 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.

Persone fisiche

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. _____
 recapito telef. _____ indirizzo di posta elettronica _____
 e di posta elettronica certificata _____

in qualità di socio di società richiedente la titolarità 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 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 n. 159 del 06/09/2011

Data _____

Firma _____

Informativa ai sensi del decreto legislativo 196/2003 come modificato dal Reg UE 2016/679 e dal D.Lgs 101/2018:

- 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. 15 e ss del Reg. UE 2016/679.

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, 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.

Persona giuridica

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 _____ Via _____ n. ____

indirizzo posta elettronica certificata (PEC) _____

in qualità di

- Legale rappresentante Presidente del Consiglio di amministrazione
 Amministratore unico

della società _____

C.F./P.I. _____

socia della società richiedente la titolarità della sede farmaceutica n. ____ del Comune di _____

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:

- che il sottoscritto e la società sopra indicata di cui lo stesso ha la legale rappresentanza, non si trovano nelle situazioni di incompatibilità di cui all'articolo 7, comma 2, e di cui all'articolo 8, comma 1 della legge 362/1991 e ss.mm.ii.;

Data _____

Firma _____

Informativa ai sensi del decreto legislativo 196/2003 come modificato dal Reg UE 2016/679 e dal D.Lgs 101/2018:

- 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. 15 e ss del Reg. UE 2016/679.

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, 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.

Persona giuridica**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 _____ Via _____ n. ____

indirizzo posta elettronica certificata (PEC) _____

in qualità di:

- Legale rappresentante Presidente del Consiglio di amministrazione
 Amministratore unico

della società _____

C.F./P.I. _____

socia della società richiedente la titolarità della sede farmaceutica n. ____ del Comune di _____

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 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, nei confronti della società di cui il sottoscritto ha la legale rappresentanza, nonché nei confronti dei soggetti di cui all'art. 85 del D.Lgs n. 159/2011 non sussistono le cause di decadenza, di sospensione o di divieto di cui all'art. 67 del D.Lgs 06/09/2011, n. 159.

Data _____

Firma _____

Informativa ai sensi del decreto legislativo 196/2003 come modificato dal Reg UE 2016/679 e dal D.Lgs 101/2018:

- 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. 15 e ss del Reg. UE 2016/679.

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, 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 _____ (prov. _____) il _____
residente a _____ (prov. _____) - Via _____ n. _____
recapito telef. _____ indirizzo di posta elettronica _____
e di posta elettronica certificata _____

in qualità di Direttore di 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.

Data _____

Firma _____

Informativa ai sensi del decreto legislativo 196/2003 come modificato dal Reg UE 2016/679 e dal D.Lgs 101/2018:

- 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. 15 e ss del Reg. UE 2016/679.

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, 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 di 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

Data _____

Firma _____

Informativa ai sensi del decreto legislativo 196/2003 come modificato dal Reg UE 2016/679 e dal D.Lgs 101/2018:

- 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. 15 e ss del Reg. UE 2016/679.

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, 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 _____ (prov. _____) il _____
 residente a _____ (prov. ____) Via _____ n. _____
 indirizzo di posta elettronica e posta elettronica certificata (PEC) _____
 _____ fax _____,

in qualità di direttore di 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 socio della farmacia di cui assume la direzione
	oppure
<input type="checkbox"/>	non essere socio della farmacia di cui assume la direzione né socio di altre società titolari di farmacia.

Data _____

Firma _____

Informativa ai sensi del decreto legislativo 196/2003 come modificato dal Reg UE 2016/679 e dal D.Lgs 101/2018:

- 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. 15 e ss del Reg. UE 2016/679.

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, 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.

Alla cortese attenzione di
SERVIZIO FARMACEUTICO
ATS Brescia
Sua Sede

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

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

Nato a _____ (prov. ____) il _____

Residente a _____ Via _____ n. ____

Indirizzo posta elettronica certificata (PEC) _____

In qualità di direttore della farmacia sede n. _____ del Comune di _____

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 _____

Alla cortese attenzione di
S.C. FARMACEUTICO
ATS Brescia
Sua Sede

Oggetto: Comunicazione adozione registro informatico delle sostanze stupefacenti e psicotrope, dei medicinali e delle composizioni di cui all'art. 1 del DM 11 maggio 2010.

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

Nato a _____ (prov. ____) il _____

Residente a _____ Via _____ n. ____

Indirizzo posta elettronica certificata (PEC) _____

in qualità di direttore della farmacia sede n. _____ del Comune di _____

Comunica

l'adozione del registro informatico delle sostanze stupefacenti e psicotrope, dei medicinali e delle composizioni di cui all'art. 1 del DM 11 maggio 2010.

Distinti saluti.

Data _____

Timbro e 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.