



Marca da bollo
vigente

Spett.

ATS DI BRESCIA

SC Farmaceutico

Viale Duca degli Abruzzi n. 15

25124 - BRESCIA

protocollo@ats-brescia.it

OGGETTO: Domanda d'autorizzazione alla gestione provvisoria della farmacia da parte degli eredi.

Il/I sottoscritto/i
in qualità di erede/i del Dott.
titolare della Farmacia Cod BS0 ubicata in
..... (.....), Via n.
consapevole/i di quanto disposto dalla normativa vigente in materia,

CHIEDE/ONO

l'autorizzazione alla gestione provvisoria della sopraindicata farmacia.

In proposito comunica/no che la direzione tecnico - professionale è affidata al farmacista
Dr./Dr.ssa nato/a a.....
il C.F., che è in possesso dei prescritti requisiti di legge
previsti e che dichiara di assumersi tutte le responsabilità inerenti l'incarico.

.....
(luogo) (data)

Il Direttore Responsabile incaricato

(firma per accettazione)



A tal fine, allega/no la seguente documentazione:

- Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà concernente la data di morte del Titolare e la qualità di erede/i (*modulo 1*);

Per il farmacista con incarico di Direttore Tecnico, si allega la seguente documentazione:

- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio concernente l'assenza di incompatibilità (*modulo 2*);
- 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 3*);
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa al possesso del requisito di idoneità previsto dall'art. 12 della L. 475/68 e ss.mm.ii. (*modulo 4*);
- Copia valido documento d'identità e codice fiscale.
- Marca da bollo €16,00 (*o tariffa in vigore*) per il rilascio di copia conforme legale della Determinazione dirigenziale di autorizzazione alla gestione provvisoria.

L'/Gli erede/i deve/no trasmettere alla SC Farmaceutico tempestiva comunicazione della data di avvenuta presentazione della dichiarazione di successione per la determinazione dei termini di cui all'art. 7, comma 9, Legge n. 362/91.

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.

.....
(luogo) , (data)

L'/Gli erede/i
(firma)

.....
(firma)

.....
(firma)

.....
(firma)



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

Io sottoscritto/a C.F.
nato/a a il residente a
..... (prov.) in Via n.

in qualità di erede/coerede, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace e di formazione od uso di atti falsi richiamati dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000,

DICHIARA

per quanto di diretta conoscenza:

che il Dr./Dr.ssa nato/a il a
residente in via n.,
titolare della farmacia sede n. del Comune di
....., ubicata in Via n.

E' DECEDUTO

a il, lasciando eredi:

- nato/a a il
C.F. residente a,
rapporto di parentela
- nato/a a il
C.F. residente a,
rapporto di parentela
- nato/a a il
C.F. residente a,
rapporto di parentela
- nato/a a il
C.F. residente a,
rapporto di parentela

e che non vi sono altri eredi oltre ai suddetti.

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 _____
nato a _____ (prov. _____) il _____
C.F. _____ residente a _____ (prov. _____) Via
_____ n. _____, telefono _____
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 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.



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e ss.mm.ii.)

II/la sottoscritto/a _____
 nato a _____ (prov. _____) il _____
 C.F. _____ residente a _____ (prov. _____) Via
 _____ n. _____, telefono _____
 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 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.)

II/la sottoscritto/a _____
nato a _____ (prov. _____) il _____
C.F. _____ residente a _____ (prov. _____) Via _____
n. _____, telefono _____
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** (barrare solo la circostanza che ricorre):

- 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