

Modulo 17/FF/SS Vigilanza – Facsimile modulo per autorizzazione apertura farmacia

Alla c.a. Dirigente della
S.S. Vigilanza sulla Erogazione della
Assistenza Farmaceutica

presso
SC Assistenza Farmaceutica
Assistenza Farmaceutica Territoriale
Strada della Rosandra, 24
34143 – TRIESTE

modalità invio: Raccomandata A.R./Nota via PEC/Notifica a mano

Oggetto: Istanza per l'autorizzazione apertura farmacia

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____ C.F. _____
nato/a _____ il _____ e residente a
_____ in Via _____ n. _____
Recapito Tel: _____

CHIEDE

l'autorizzazione a seguito di provvedimento per l'apertura della farmacia

A tal fine, avvalendosi della facoltà di cui all'art. 47 del D.P.R. n.445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, della decadenza dal beneficio prevista dall'art. 75, in caso di dichiarazioni mendaci, e di quanto disposto dall'art. 495 del C.P., sotto la propria responsabilità, consapevole che la validità dell'atto è sottoposta ex lege al verificarsi della condizione sospensiva non retroattiva del riconoscimento del diritto all'apertura della Farmacia e della connessa Azienda ai sensi dell'art. 12, 3 ° comma della L. 475/68 e s.m.i

DICHIARA

- che la farmacia funzionerà con la denominazione Farmacia
" _____ "

con la seguente ragione sociale (nuova denominazione come registrata presso l'Agenzia delle Entrate): _____

- P. IVA/Codice _____ Fisc. _____ coordinate bancarie _____
- che la funzione di Direttore Tecnico Responsabile sarà ricoperto dal dr./dr.ssa _____ nato/a _____ a _____ il _____ e residente a _____ in Via _____ N° _____
- che il dr./dr.ssa _____
 1. risulta essere iscritto all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di _____ in data _____ al numero _____;
 2. non ha alcun altro rapporto di lavoro pubblico o privato;
 3. non è titolare, gestore provvisorio, direttore o collaboratore di altra farmacia;
 4. di essere Cittadino ;
 5. di non essere dipendente presso altre Farmacie;
 6. ha riportato l'idoneità alla titolarità prevista dall'art.6 della L. 892/84¹;
 7. non esplica alcuna altra attività nel settore della produzione, distribuzione, intermediazione ed informazione scientifica del farmaco, dalla data di autorizzazione all'esercizio;
 8. di non ricoprire posti di ruolo nella amministrazione dello Stato, compresi quelli di assistente e titolare di cattedra universitaria, e di enti locali o comunque pubblici, né esercitare la professione di informatore medico scientifico
 9. gode dei diritti civili e politici ed ha la cittadinanza italiana;
 10. non ha riportato condanne penali, non è coinvolto in carichi pendenti né ha sentenze definitive o non definitive, né procedimenti in corso in riferimento al D.P.R. 252/1998 (certificato antimafia).

(luogo e data)

Il/la richiedente*

_____ (firma per esteso e leggibile)

¹ fino al 31 dicembre 2016 si potranno trasferire per compravendita, donazione o mortis causa, le farmacie senza che l'acquirente sia in possesso del requisito dell'idoneità conseguita con la partecipazione ad un concorso ordinario (per titoli e prova attitudinale) ovvero dopo due anni di pratica professionale cui si aggiunge la precedente titolarità di farmacia. Resta inteso chiaramente che il mancato possesso del requisito non legittima la costituzione di società di persone finalizzate all'acquisto di farmacie, come previsto dall'art. 7 della legge 362/91. Pertanto i trasferimenti potranno avvenire solamente a persone fisiche che gestiranno la farmacia sotto forma di ditta individuale e potranno venderla solo quando siano trascorsi almeno tre anni dalla conseguita titolarità.

**se la firma non viene apposta in presenza del dipendente addetto, occorre allegare una fotocopia di un documento d'identità (art. 38 co. 3 D.P.R. n. 445/2000)*

ALLEGARE ALLA PRESENTE ISTANZA:

- Autocertificazione possesso titoli per esercizio professione farmacista (art. 46 T.U. – D.P.R. 445/2000)(Mod.10/FF/SS VIGILANZA);
- Autocertificazione possesso requisiti per idoneità titolarità di farmacia (Mod.11/FF/SS VIGILANZA);
- Dichiarazione sostitutiva attestante assenza cause di divieto, decadenza o sospensione di cui alla normativa antimafia (Mod.12/FF/SS VIGILANZA);
- Fotocopia del documento di riconoscimento
- Originale o copia conforme della planimetria dei locali della farmacia depositata in Comune;
- Originale o copia conforme agibilità dei locali della farmacia

INFORMATIVA ALL'INTERESSATO AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. LGS. N. 196/2003

Si informa che i dati personali acquisiti nell'ambito del presente procedimento saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali, anche con l'ausilio di mezzi informatici. Il loro conferimento ha natura obbligatoria in quanto la mancanza comporta il mancato accoglimento della domanda.

Eventuali comunicazioni ad altri soggetti saranno effettuate solo se previste da norme di legge o necessarie per fini istituzionali.

L'interessato potrà esercitare in ogni momento i diritti riconosciutigli dall'art. 7 del D. Lgs. n. 196/2003.

Titolare del trattamento è ASUGI, Responsabile del Trattamento è il Direttore Generale di ASUGI

SEGNALAZIONE RELATIVAMENTE AI CONTROLLI AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000

Si informa che relativamente a quanto dichiarato potranno essere effettuati controlli da parte dell'Azienda secondo quanto previsto dal D.P.R. 445/2000 e s.m.i.