

Spett.
 ASUGI – Azienda Sanitaria
 Universitaria Giuliano Isontina
 Via Costantino Costantinides, 2
 34128 TRIESTE (TS)
 Pec: asugi@certsanita.fvg.it

SS Area Farmaceutica Territoriale

Il/la sottoscritto/a.....
 nato/a a Provincia di [] [] il [] [] [] [] [] []
 Cittadinanza italiana ovvero
 residente in, Via.....
 C.A.P. [] [] [] [] [] Cod. Fiscale n. []
 in qualità di: Legale Rappresentante
 della Società.....
 con sede legale in....., Via
 tel. fax
 PEC.....E-mail
 Iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di al n.
 Iscrizione al Tribunale di al n.
 Partita Iva n. []
 Codice Fiscale n. []
titolare della farmacia
codice regionale farmaciadi cui all'autorizzazione alla titolarità
 rilasciata da
 Prov. N.....del
 intestata a
 sita in, Via civ.
 posta nella **sede farmaceutica** n. del comune di, e
 compresa in ASU GI,

COMUNICA:

Variazione compagine sociale a partire da _____

Variazione ragione sociale

che la suddetta variazione è intervenuta con

atto _____ del _____

registrato/trascritto presso _____

in data _____ al n. _____ di cui si allega
copia conforme all'originale;

LE PERCENTUALE DELLE QUOTE DETENUTE DAI SOCI

PRIMA DELLA VARAZIONE		DOPO LA VARIAZIONE	
SOCIO	QUOTA	SOCIO	QUOTA

CHE LA RAGIONE SOCIALE DELLA FARMACIA

non cambia

ovvero

diventa.....;

CHE LA DIREZIONE DELLA FARMACIA

non cambia

ovvero

è affidata al/alla
Dott./Dott.ssa

CHE LA VARIAZIONE

HA COMPORTATO

NON HA COMPORTATO LA MODIFICA DEI PATTI SOCIALI

Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e del decreto legislativo 196/2003, così come modificato dal decreto legislativo 101/2018, 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 e data _____

Firma del Legale Rappresentante

Si allega la seguente documentazione:

- Copia autentica dell'atto riportante le variazioni;
- Copia autentica dello statuto della società dalla quale si desume che ha come oggetto esclusivo la gestione di farmacie;
- Fotocopia carta d'identità in corso di validità del legale rappresentante;
- Fotocopia del codice fiscale del legale rappresentante.

In caso di variazioni della precedente società:

Atto di nomina del Direttore Responsabile della farmacia (modulo 4);
Dichiarazione sostitutiva di certificazione dei requisiti e dell'assenza di incompatibilità del Direttore Responsabile incaricato (modulo 5);
Elenco dei farmacisti collaboratori al momento operanti presso la farmacia (modulo 6);
Proposta orario settimanale della farmacia.

Per ciascuno dei nuovi soci:

Dichiarazione sostitutiva di certificazione dei requisiti e dell'assenza di incompatibilità (Modulo 1 e/o 2);
Dichiarazione sostitutiva di atto notorio concernente la normativa antimafia (modulo 3) ;
Fotocopia carta d'identità in corso di validità;
Fotocopia del codice fiscale.

(soci farmacisti)

Modulo 1

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (resa ai sensi degli articoli 46 e 47 e le dichiarazioni del D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. N. 445 del 28.12.2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. N. 445 del 28.12.2000 e che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti, uso di atti falsi, l'Amministrazione è obbligata a provvedere alla pronuncia di decadenza dell'autorizzazione già rilasciata,

DICHIARA

- di essere nato/a a..... il.....;
- di essere residente in..... via.....
- che il proprio codice fiscale è.....;
- di essere in possesso della cittadinanza
- di godere dei diritti civili e politici
- di essere in possesso del diploma di laurea in farmacia laurea in chimica e tecnologia farmaceutiche conseguito presso l'università di in data
- di essere in possesso dell'attestato di abilitazione alla professione di farmacista conseguito presso l'Università di in data
- di essere iscritto all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di al n. dal
- di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso;
- di non essere mai stato dichiarato fallito e di non aver procedimenti fallimentari in corso;
- che non sussistono le cause di incompatibilità di cui agli articoli: art. 102 T.U.L.S. RD 27 LUGLIO 1934; art. 13 Legge 02.04.1968 n. 475, art 52 D.Lgs. n. 219/06;
- che non sussistono le cause di incompatibilità di cui agli articoli 7 e 8 della Legge 08.11.1991, n. 362 come modificato dalla Legge 124/2017, di seguito riportate:
 - la partecipazione alla società è incompatibile con qualsiasi altra attività svolta nel settore della produzione e informazione scientifica del farmaco, nonché con l'esercizio della professione medica;
 - la partecipazione alla società è incompatibile con la posizione di titolare, gestore provvisorio, direttore o collaboratore di altra farmacia;
 - la partecipazione alla società è incompatibile con qualsiasi rapporto di lavoro pubblico e privato
- di aver conseguito l'idoneità alla titolarità

tramite il concorso per sedi farmaceutiche
 bandito ai sensi della Legge
 2/04/1968 n. 475,

OVVERO

avendo maturato il seguente stato di servizio (almeno due anni di pratica professionale) :

COLLABORATORE	DIRETTORE
Farmacia _____ Via _____ n. _____ Località _____ dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> T.pieno / <input type="checkbox"/> T.parziale dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> T.pieno / <input type="checkbox"/> T.parziale	Farmacia _____ Via _____ n. _____ Località _____ dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> T.pieno / <input type="checkbox"/> T.parziale dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> T.pieno / <input type="checkbox"/> T.parziale
Farmacia _____ Via _____ n. _____ Località _____ dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> T.pieno / <input type="checkbox"/> T.parziale dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> T.pieno / <input type="checkbox"/> T.parziale	Farmacia _____ Via _____ n. _____ Località _____ dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> T.pieno / <input type="checkbox"/> T.parziale dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> T.pieno / <input type="checkbox"/> T.parziale
Farmacia _____ Via _____ n. _____ Località _____ dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> T.pieno / <input type="checkbox"/> T.parziale dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> T.pieno / <input type="checkbox"/> T.parziale	Farmacia _____ Via _____ n. _____ Località _____ dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> T.pieno / <input type="checkbox"/> T.parziale dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> T.pieno / <input type="checkbox"/> T.parziale

Luogo e data _____

Firma _____

(soci non farmacisti persone fisiche)



Modulo 2

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(resa ai sensi degli articoli 46 e 47 e le dichiarazioni del D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. N. 445 del 28.12.2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. N. 445 del 28.12.2000 e che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti, uso di atti falsi, l'Amministrazione è obbligata a provvedere alla pronuncia di decadenza dell'autorizzazione già rilasciata,

DICHIARA

- di essere nato/a a..... il.....;
- di essere residente in.....via.....;
- di essere in possesso della cittadinanza
- di essere in possesso del seguente titolo di studio:.....;
- di godere dei diritti civili e politici
- di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso;
- di non essere mai stato dichiarato fallito e di non aver procedimenti fallimentari in corso;
- che non sussistono le cause di incompatibilità di cui :
 - agli articoli 7 comma 2 e 8 comma 1 della Legge 08.11.1991, n. 362 come modificato dalla Legge 124/2017, per quanto compatibili:
 - la partecipazione alla società è incompatibile con qualsiasi altra attività svolta nel settore della produzione e informazione scientifica del farmaco, nonché con l'esercizio della professione medica;
 - la partecipazione alla società è incompatibile con la posizione di titolare, gestore provvisorio, direttore o collaboratore di altra farmacia;
 - con qualsiasi rapporto di lavoro pubblico e privato

Luogo e data _____

Firma

Modulo 5

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (ai sensi del DPR 445 del 28.12.2000 e successive modifiche)

Il sottoscritto/a.....

in qualità di Direttore Responsabile della :

Farmacia.....cod.reg.....

sita in via.....

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. N. 445 del 28.12.2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. N. 445 del 28.12.2000 e che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti, uso di atti falsi, l'Amministrazione è obbligata a provvedere alla pronuncia di decadenza dell'autorizzazione già rilasciata,

DICHIARA

- di essere nato/a a..... il.....;
- di essere residente in..... via.....
- che il proprio codice fiscale è.....;
- di essere in possesso della cittadinanza
- di godere dei diritti civili e politici
- di essere in possesso del Diploma di Laurea in Farmacia Laurea in Chimica e Tecnologia Farmaceutiche conseguito presso l'Università diin data
- di essere in possesso dell'attestato di abilitazione alla professione di farmacista conseguito presso l'Università di in data
- di essere iscritto all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di al n. dal
- che non vi sono a carico del sottoscritto cause di divieto o di sospensione dei procedimenti previsti dalla normativa antimafia (art. 10 della L. 31 maggio 1965 n. 675)
- di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso;
- di non essere titolare, gestore provvisorio, direttore o collaboratore di altra farmacia;
- che non sussistono le cause di incompatibilità di cui agli articoli: art. 102 T.U.L.S. RD 27 LUGLIO 1934; art. 13 Legge 02.04.1968 n. 475, art 52 D.Lgs. n. 219/06;
- di aver conseguito l'idoneità alla titolarità
 - tramite il concorso per sedi farmaceutiche bandito ai sensi della Legge 2/04/1968 n. 475,

OVVERO

- avendo maturato il seguente stato di servizio (almeno due anni di pratica professionale) :

COLLABORATORE	DIRETTORE
Farmacia _____ Via _____ n. _____ Località _____ dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> T.pieno / <input type="checkbox"/> T.parziale dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> T.pieno / <input type="checkbox"/> T.parziale	Farmacia _____ Via _____ n. _____ Località _____ dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> T.pieno / <input type="checkbox"/> T.parziale dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> T.pieno / <input type="checkbox"/> T.parziale
Farmacia _____ Via _____ n. _____ Località _____ dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> T.pieno / <input type="checkbox"/> T.parziale dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> T.pieno / <input type="checkbox"/> T.parziale	Farmacia _____ Via _____ n. _____ Località _____ dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> T.pieno / <input type="checkbox"/> T.parziale dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> T.pieno / <input type="checkbox"/> T.parziale
Farmacia _____ Via _____ n. _____ Località _____ dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> T.pieno / <input type="checkbox"/> T.parziale dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> T.pieno / <input type="checkbox"/> T.parziale	Farmacia _____ Via _____ n. _____ Località _____ dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> T.pieno / <input type="checkbox"/> T.parziale dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> T.pieno / <input type="checkbox"/> T.parziale

Luogo e data _____

Firma

Modulo 6

MODULO DI COMUNICAZIONE ORGANICO DEI COLLABORATORI FARMACISTI

Si comunica che l'organico del personale operante presso la Farmacia.....cod.reg.....

sita in via.....

è il seguente:

Cognome	Nome
Codice Fiscale	
Nato/a a :	il
Indirizzo residenza	Città:
Iscritto/a all'Ordine di	N° iscrizione Ordine
Data di inizio attività:	
<input type="checkbox"/> Tempo pieno <input type="checkbox"/> Tempo parziale	

Cognome	Nome
Codice Fiscale	
Nato/a a :	il
Indirizzo residenza	Città:
Iscritto/a all'Ordine di	N° iscrizione Ordine

Data di inizio attività:	
<input type="checkbox"/> Tempo pieno	<input type="checkbox"/> Tempo parziale

Cognome	Nome
Codice Fiscale	
Nato/a a :	il
Indirizzo residenza	Città:
Iscritto/a all'Ordine di	N° iscrizione Ordine
Data di inizio attività:	
<input type="checkbox"/> Tempo pieno	<input type="checkbox"/> Tempo parziale

Cognome	Nome
Codice Fiscale	
Nato/a a :	il
Indirizzo residenza	Città:
Iscritto/a all'Ordine di	N° iscrizione Ordine
Data di inizio attività:	
<input type="checkbox"/> Tempo pieno	<input type="checkbox"/> Tempo parziale

Si allega copia del documento d'identità per ogni farmacista collaboratore.

Luogo e data _____

Firma Legale Rappresentante

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(ai sensi dell'art. 13 del regolamento europeo 679/16)

Si invita a prendere visione ed accettare, ove previsto, le indicazioni contenute nella presente informativa sul trattamento dei dati personali, resa ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e del decreto legislativo 196/2003, così come modificato dal decreto legislativo 101/2018. La presente informativa, aggiornata, disciplina il trattamento dei dati personali effettuati per fini istituzionali nonché per la fruizione di servizi di interesse pubblico e si rende necessaria anche per garantire l'aggiornamento dei consensi, eventualmente, già espressi dagli interessati.

Titolare del trattamento

Titolare del trattamento dei dati personali è l'ASU GI Azienda Sanitaria universitaria Giuliano Isontina.

Responsabile della Protezione dei Dati (Data Protection Officer)

Responsabile della Protezione dei Dati è il Dott. Graziano de' Petris, Nominato con decreto n. 1 dd. 01.01.2020.

Finalità del trattamento e base giuridica

I dati personali raccolti saranno trattati, conservati e archiviati per gli adempimenti operativi, amministrativo-contabili e/o di altra natura connessi alla gestione delle attività istituzionali dell'ASU GI nonché per gli adempimenti legati a obblighi di legge e per le finalità del procedimento amministrativo da esplicitare comunque, in conformità a quanto previsto dall'art. 6, paragrafo 3, del Regolamento UE 679/2016 e dall'art. 2-ter del D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), come modificato dal decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101. I dati personali forniti saranno trattati coerentemente ai servizi offerti dall' ASUGI con l'ausilio di proprie risorse umane, esclusivamente per l'esecuzione dei propri compiti istituzionali.

Luogo e modalità del trattamento

I dati sono trattati esclusivamente nel territorio italiano da parte di personale istruito, formato e autorizzato al trattamento lecito dei dati secondo i principi di correttezza, liceità, trasparenza, pertinenza e non eccedenza rispetto alle finalità di raccolta e di successivo trattamento.

Il trattamento dei dati connessi ai servizi ed erogazioni offerti dall' ASUGI avviene per il tempo strettamente necessario a conseguire le finalità prefissate al procedimento amministrativo da eseguire al quale sono riservate tutte le misure minime di sicurezza (e di riservatezza) volte a prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ovvero accessi non autorizzati. L' ASUGI è esonerata dalla responsabilità per danni derivanti da inadempimento di obblighi contrattuali da parte dei responsabili del trattamento. I dati personali forniti sono utilizzati solo per eseguire il procedimento richiesto e non sono oggetto di cessione o diffusione. Non è previsto l'uso di trattamenti automatizzati o processi decisionali automatizzati o volti a profilare il fruitore del servizio da parte dell'ASUGI.

Tipologia dei dati trattati e destinatari

I dati personali oggetto di trattamento sono quelli forniti mediante compilazione della domanda presentata. I dati trattati dall' ASUGI potranno essere comunicati al personale interno autorizzato al trattamento ed ai collaboratori del Titolare del trattamento addetti allo svolgimento dell'attività o procedimenti amministrativi, a soggetti pubblici in forza degli obblighi normativi, a partner di progetto, a soggetti privati per eventuali necessità assicurative e alle autorità di controllo e di verifica. Il trattamento riguarderà anche i dati personali acquisiti, se del caso, presso l'amministrazione certificante ai sensi del comma 2 dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, per finalità di controllo sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive.

Periodo di conservazione

I dati verranno conservati per un periodo di tempo non superiore al conseguimento delle finalità sopra indicate o in base alle scadenze previste dalle norme di legge.

Trasferimento dei dati all'estero

I dati non vengono trasferiti all'estero.

Consenso dell'interessato

Si intende per "consenso" qualsiasi manifestazione di volontà libera, specifica, informata e inequivocabile dell'interessato, con la quale lo stesso manifesta il proprio assenso, mediante dichiarazione o azione positiva inequivocabile, che i dati personali che lo riguardano siano oggetto di trattamento. Il consenso al trattamento può essere sempre revocato in qualsiasi momento. Il mancato consenso dell'interessato al trattamento è causa di esclusione dal procedimento di cui si fa domanda.

Diritti dell'interessato

I diritti dell'interessato possono essere esercitati in qualsiasi momento inviando una comunicazione scritta indirizzata ad ASUGI e si riassumono nel diritto:

- di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di un trattamento di dati personali che lo riguardano, e l'accesso agli stessi;
- di ottenere la rettifica dei dati senza ingiustificato ritardo, inclusa l'integrazione dei dati;
- di ottenere la cancellazione dei dati;
- di ottenere la limitazione del trattamento e la comunicazione di eventuale revoca della stessa;
- alla portabilità dei dati;
- di proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Quanto sopra fatto salva l'esistenza di motivi legittimi da parte dell'ASUGI

Il sottoscritto _____ dichiara di aver letto e compreso la presente informativa rilasciata dall'ASUGI e di autorizzare il trattamento dei propri dati personali.

Data _____

Firma _____