

MARCA DA BOLLO

Tariffa vigente

Al Direttore
SC Assistenza Farmaceutica
ATS MONTAGNA
Via Nazario Sauro, 38 – 23100 Sondrio

OGGETTO: RICHIESTA AUTORIZZAZIONE AL TRASFERIMENTO TITOLARITA' DI FARMACIA A SOCIETA'

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il _____, in qualità di legale
rappresentante della società (indicare la ragione sociale) _____

Sede legale _____

P.IVA/Codice fiscale _____

CHIEDE

Il riconoscimento della titolarità della farmacia _____
sede n. _____ del comune di _____ (____) ubicata in
via/piazza _____ n. _____
che assumerà la denominazione _____

A tal fine comunica che la conduzione tecnico-professionale della farmacia viene affidata
al/alla Dr./Dr.ssa _____
nato/a a _____ (____) il _____

codice fiscale _____

iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti di _____ al n. _____

che è in possesso del requisito d'idoneità previsto dall'art. 12 L. 475/1968 e che formalmente accetta.

Firma del direttore responsabile per accettazione _____

Dichiaro di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, rese ai sensi dell'art. 13 Reg. UE 679/2016 e contenute nel relativo documento, allegato al presente modulo.

Data _____

Firma del Legale rappresentante _____

NOTA BENE

L'istanza completa di allegati può essere:

- consegnata in originale cartaceo presso la sede ATS o spedita a mezzo posta ordinaria (può essere anticipata via PEC a protocollo@pec.ats-montagna.it)
- inviata come documento informatico firmato digitalmente e con bollo assolto in modalità virtuale tramite PEC a protocollo@pec.ats-montagna.it

SEGUE ELENCO ALLEGATI

ELENCO ALLEGATI:

- Originale o copia conforme dell'atto costitutivo della società con estremi di registrazione (oggetto sociale esclusivo gestione farmacie) oppure documento informatico sottoscritto digitalmente
- Originale o copia conforme dell'atto d'acquisto con estremi di registrazione (in cui siano indicati espressamente la clausola sospensiva e che il trasferimento dell'azienda commerciale avviene unitamente alla cessione del diritto di farmacia) oppure documento informatico sottoscritto digitalmente
- Partita IVA
- Ricevuta di versamento della tassa di concessione nella misura della vigente Legge Regionale (Decreto L.vo n. 230 del 22/06/1991), non dovuta se rurale sussidiata, da effettuare attraverso PagoPA (secondo le modalità indicate sul sito della Regione Lombardia sezione Tributi, indicando come causale "tassa di concessione farmacia sede n. ___ del Comune di ____") Per eseguire il versamento, accedere al Portale dei pagamenti di Regione Lombardia (<https://pagamentinlombardia.servizirl.it/pa/home.html>).
- Autocertificazione di non incompatibilità dei soci rispetto agli artt. 7 e 8 L.362/91 (non esercita attività di produzione e informazione scientifica del farmaco, non esercita la professione medica, non è titolare, né gestore provvisorio, né direttore, né collaboratore di altra farmacia, non ha rapporti di lavoro pubblico o privato) completa di copia documento d'identità – Allegato 1
- Antimafia soci e, se trattasi di società di capitali, anche dei familiari conviventi maggiorenni e degli amministratori, nonché del direttore responsabile, se non è uno dei soci, completa di copia documento d'identità – Allegato 2
- Autocertificazione del Casellario giudiziale dei soci e degli amministratori completa di copia documento d'identità – Allegato 3
- Autocertificazione del direttore del codice fiscale, del Casellario giudiziale e dei requisiti di idoneità (laurea e abilitazione, numero e data iscrizione all'Albo dei Farmacisti, idoneità prevista dall'articolo 12 della legge 2 aprile 1968, n. 475: biennio pratica professionale/idoneità a concorso), completa di copia documento d'identità – Allegato 4
- Dichiarazione del legale rappresentante che la società controlla direttamente o indirettamente, ai sensi degli articoli 2359 e seguenti del codice civile, non più del 20 per cento delle farmacie esistenti nel territorio della medesima regione, ai sensi dell'art.1 comma 158 L. 124/2017 – Allegato 5
- Visura camerale o Dichiarazione sostitutiva del certificato di iscrizione alla camera di commercio industria artigianato agricoltura (allegato non disponibile)

PUO' ESSERE ALLEGATA UNA SOLA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO PER TUTTE LE AUTOCERTIFICAZIONI PRESENTATE DAL MEDESIMO SOGGETTO

Documentazione per aggiornamento SISS e anagrafica farmacia

- Scheda per aggiornamento anagrafica farmacia in Farma2017 – Allegato 6
- Modulo di rilevazione dati per farmacie (FARM-MOD A) per aggiornamento SISS – Allegato 7 completo di numero contratto
- Contratto adesione al SISS – Allegato non ancora disponibile per il triennio 2020-2022
- Contratto stipulato con il Provider per la gestione del SISS completo delle firme dei contraenti

Documentazione relativa ai locali della farmacia:

- Planimetria dei locali datata e firmata in originale da tecnico abilitato e dal titolare/Direttore della farmacia, in scala 1:100, 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;

Documentazione relativa ai collaboratori farmacisti:

- Dichiarazione a firma del legale rappresentante della società del personale farmacista che presta attività in farmacia completa del numero ore settimanali (utilizzare se necessario la modulistica per la segnalazione dei collaboratori MODULO 1);

Documentazione relativa al pagamento

- Originale o copia conforme all'originale dell'atto notarile di Delega all'incasso a favore di Federfarma/Altro Sindacato se si è barrata la relativa voce nel modulo Allegato 6 "Aggiornamento anagrafica farmacia" che solitamente viene inviato all' ATS da Federfarma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO – art. 47 DPR 445/2000 e s.m.i.
assenza di incompatibilità ex artt. 7 e 8 L. 362/91

(da compilarsi a cura di ogni socio)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (___) il _____, residente a
_____ (___) in Via/Piazza _____
consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai
benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000 e s.m.i.),
sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di non esplicitare attività nel settore della produzione ed informazione scientifica del farmaco;
- di non esercitare la professione medica;
- di non essere titolare, né gestore provvisorio di farmacia, né direttore responsabile o collaboratore presso altra farmacia;
- di non essere in rapporto di lavoro subordinato con enti pubblici o privati;

Dichiaro di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, rese ai sensi dell'art. 13 Reg. UE 679/2016 e contenute nel relativo documento, allegato al presente modulo.

Luogo e data _____

Si allega fotocopia documento d'identità

Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO – art. 47 DPR 445/2000 e s.m.i.

(da compilarsi a cura di ogni socio e, se trattasi di società di capitali, anche dei familiari conviventi maggiorenni e degli amministratori, nonché del direttore responsabile, se non è uno dei soci)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (___) il _____
residente a _____ (___)
in Via/Piazza _____ n. _____
Codice Fiscale _____ consapevole delle sanzioni
penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente
conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000 e s.m.i.), sotto la propria
responsabilità

DICHIARA

- che, ai sensi dell'art. 89 del D.Lgs n. 159/2011 e s.m.i., nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del D.Lgs n. 159 e s.m.i.;

Dichiaro di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, rese ai sensi dell'art. 13 Reg. UE 679/2016 e contenute nel relativo documento, allegato al presente modulo.

Luogo e data _____

Si allega fotocopia documento d'identità

Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI – art. 46 DPR 445/2000 e s.m.i.
(da compilarsi a cura di ogni socio)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (___) il _____
residente a _____ (___)
in Via/Piazza _____ n. _____
Codice Fiscale _____ consapevole delle sanzioni
penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente
conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000 e s.m.i.), sotto la propria
responsabilità

DICHIARA

- di non avere mai riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali.

Dichiaro di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, rese ai sensi dell'art. 13 Reg. UE 679/2016 e contenute nel relativo documento, allegato al presente modulo.

Luogo e data _____

Si allega fotocopia documento d'identità

Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI – art. 46 DPR 445/2000 e s.m.i.
(da compilarsi a cura del farmacista direttore)

Il/la sottoscritto/a Dr/Dr.ssa _____
nato/a a _____ (____) il _____, residente a
_____ (____) in Via/Piazza _____
consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai
benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000 e s.m.i.),
sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di essere in possesso della Laurea in _____ conseguita presso
l'Università di _____ in data _____
- di essere abilitato all'esercizio della professione di _____
avendo superato l'esame di stato presso l'Università di _____
nell'anno _____
- di essere farmacista iscritto/a all'Albo dei Farmacisti di _____
dal _____
al n° _____;
- di essere in possesso del requisito di idoneità previsto dall'art. 12 L. 475/1968 e precisamente:
 - di aver maturato il biennio di pratica professionale presso la/le farmacia/e
_____ comune _____;
_____ comune _____;
 - di aver conseguito l'idoneità in un concorso a sedi farmaceutiche – concorso della Regione
_____ anno _____.
- di non avere mai riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che
riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di
provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- che il proprio codice fiscale è _____

Dichiaro di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, rese ai sensi dell'art. 13 Reg. UE 679/2016 e contenute
nel relativo documento, allegato al presente modulo.

Luogo e data _____

Si allega fotocopia documento d'identità

Firma del farmacista direttore _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO – art. 47 DPR 445/2000 e s.m.i.
(da compilarsi a cura del legale rappresentante)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (___) il _____, residente a
_____ (___) in Via/Piazza _____
in qualità di legale rappresentante della società (indicare la ragione sociale)

Sede legale _____

P.IVA/Codice fiscale _____

DICHIARA

che la suddetta società controlla direttamente o indirettamente, ai sensi degli articoli 2359 e seguenti del Codice Civile, non più del 20 per cento delle farmacie esistenti nel territorio della medesima regione, ai sensi dell'art. 1 comma 158 L. 124/2017

Dichiaro di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, rese ai sensi dell'art. 13 Reg. UE 679/2016 e contenute nel relativo documento, allegato al presente modulo.

Luogo e data _____

Si allega fotocopia documento d'identità

Firma del legale rappresentante _____

AGGIORNAMENTO SCHEDA ANAGRAFICA FARMACIA

NUOVO CODICE: _____
(assegnato con delibera)

VECCHIO CODICE: _____

CODICE TRACCIABILITA' DEL FARMACO _____

NUMERO SEDE PIANTA ORGANICA _____

Urbana

Rurale

Pubblica

Privata

RAGIONE SOCIALE _____

TITOLARE INDIVIDUALE _____

INDIRIZZO _____

CAP – LOCALITA' _____

TELEFONO _____

FAX _____

INDIRIZZO E-MAIL _____

INDIRIZZO PEC (al quale ricevere tutta la corrispondenza da parte di questa ATS)

PARTITA IVA _____

CODICE FISCALE _____

DATA INIZIO ATTIVITA' _____

DIRETTORE _____

CODICE FISCALE DIRETTORE _____

TIPO DI PAGAMENTO: REGIONALE (tramite ATS) / SINDACATO specificare _____

BANCA DI ACCREDITO _____

AGENZIA DI ACCREDITO _____

COORDINATE BANCARIE IBAN _____

DATA _____

Dichiaro di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, rese ai sensi dell'art. 13 Reg. UE 679/2016 e contenute nel relativo documento, allegato al presente modulo.

FIRMA DEL TITOLARE/DIRETTORE/LEGALE RAPPRESENTANTE

Dichiaro di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, rese ai sensi dell'art. 13 Reg. UE 679/2016 e contenute nel relativo documento, allegato al presente modulo.

MODULO DI RILEVAZIONE DATI PER FARMACIE (FARM-MOD A)

Dati Azienda:		
ASL di Appartenenza	Provincia	Distretto

Causale: (*) <i>Barrare una delle seguenti caselle</i>			
<input type="checkbox"/> ADESIONE	<input type="checkbox"/> MODIFICA: <i>(specificare motivo)</i>	<input type="checkbox"/> CESSAZIONE	<input type="checkbox"/> CAMBIO TITOLARITA'

Ragione Sociale	Codice Regionale								
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>								

Indirizzo Farmacia	Città	Num Civico	Provincia	CAP

Telefono Farmacia	Giorno di chiusura della Farmacia	Reperibilità contatti telefonici
TEL		
TEL		

Provider	
Ragione Sociale:	N° Contratto:

Informazioni tecniche:	
Caratteristiche delle postazioni di lavoro in uso	
Hardware:	Software:
Processore	Sistema Operativo
RAM	
N° Porte USB	Software applicativo usato
Scheda Ethernet SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Lettore di CD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

Dati tecnologici	
Presenza di una linea dati adsl associata alla linea telefonica	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Numero telefono fisso nello stabile	
Presenza di centralino	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Presenza di una rete IP interna	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
IP LAN da assegnare al router SISS	_____ . _____ . _____ . _____

Data	Firma

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Art. 13 del Regolamento (UE) 679 del 27 aprile 2016

Decreto Legislativo n. 196, 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" ss.mm.ii.

L'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Montagna illustra, nel seguito, le modalità di trattamento dei dati personali degli utenti (interessati), cui si riferiscono i procedimenti in materia di assistenza farmaceutica, ivi compresi quelli di vigilanza e controllo attivati ai sensi della L. n. 689/1981 e delle ulteriori disposizioni di settore.

TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Il Titolare del trattamento dei dati è l'**ATS della Montagna**, nella persona del rappresentante legale *pro-tempore*, con sede legale via N. Sauro n. 30 – 23100 – Sondrio (Tel: 0342.555111 – Fax 0342.555812– PEC: protocollo@pec.ats-montagna.it).

RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Il Responsabile della Protezione dei Dati è raggiungibile al seguente indirizzo: ATS della Montagna Via N. Sauro n. 38 – 23100 Sondrio ed ai seguenti dati di contatto: PEC: protocollo@pec.ats-montagna.it / E-mail: privacy.rpd@ats-montagna.it

FINALITA' DEL TRATTAMENTO E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

I dati personali, ivi compresi i dati particolari di cui all'art. 9 del Reg. UE 679/2016 (dati relativi alla salute, alla vita sessuale...), comunque conferiti dagli interessati (mediante la compilazione di specifici moduli, mediante la presentazione di documentazione o raccolti nel corso delle attività di vigilanza e controllo) -saranno trattati dall'ATS della Montagna nel rispetto dei principi di cui all'art. 5 del citato Regolamento (UE) 679/2016 e quindi nel rispetto dei principi di liceità, esattezza, trasparenza, necessità, proporzionalità, minimizzazione dei dati, integrità e riservatezza.

I dati personali sono trattati per il perseguimento delle finalità che la vigente normativa nazionale e regionale (L.R. n. 33/2009 e ss.mm.ii. e L.R. n. 23/2015 e ss.mm.ii.) attribuisce all'ATS in materia di assistenza farmaceutica. Il mancato conferimento dei dati, indicati come obbligatori, preclude il perseguimento delle suddette finalità e quindi anche l'erogazione del servizio richiesto.

Le **basi giuridiche** del trattamento dei dati personali sono, pertanto, individuate nella necessità di **eseguire un obbligo legale al quale è soggetta l'ATS e nella necessità di eseguire compito di interesse pubblico o comunque connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui l'ATS è investita** (artt. 6 par. 1 lett. C) - E) e 9 par. 2 lett. G) del Reg. UE 679/2016 e art. 2-sexies lett. L),U), V), del D.Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii.).

MODALITA' DEL TRATTAMENTO

Il trattamento dei dati personali è eseguito dall'ATS della Montagna mediante supporto cartaceo e mediante strumenti informatici e/o immagini e/o raccolta di reperti biologici o di altro tipo.

DESTINATARI DEI DATI PERSONALI

I dati personali **non possono essere oggetto di diffusione se non nei casi e nei limiti previsti dalle vigenti disposizioni di legge.**

Gli stessi saranno trasmessi dall'ATS della Montagna, sempre nel rispetto dei principi di cui sopra citato art. 5 del Regolamento (UE) 679/2016 e delle specifiche cautele previste da specifiche disposizioni normative e regolamentari, ad uno o più soggetti determinati di seguito elencati:

- operatori degli Uffici dell'ATS, espressamente autorizzati, ai quali la conoscenza e/o comunicazione dei dati personali risultino necessarie o siano comunque funzionali al perseguimento delle finalità sopra descritte e delle ulteriori finalità che la vigente normativa riconosce debbano essere perseguite (ad esempio emissione delle Ordinanze – Ingiunzioni ex art. 18 L. n. 689/1981 da parte del competente servizio dell'ATS);
- soggetti pubblici, ivi compresa l'Autorità Giudiziaria, ai quali i dati devono essere inviati in ottemperanza a specifiche disposizioni normative o regolamentari;
- soggetti pubblici o privati che, per conto dell'ATS della Montagna:
 - ✓ forniscono specifici servizi elaborativi;
 - ✓ svolgono attività connesse, strumentali o di supporto all'attività dell'ATS.

PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

I dati personali sono conservati dall'ATS della Montagna presso il competente Servizio o presso soggetti esterni a ciò autorizzati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti nonché per il tempo previsto dalle vigenti disposizioni (nazionale e regionale) in materia di conservazione dei documenti.

DIRITTI DELL'INTERESSATO (art. 12 co. 3 e artt. 15 e ss. del Regolamento UE 679/2016)

Salve le ipotesi previste dagli artt. 2-undecies e ss. del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., l'interessato ha il diritto di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali, la rettifica dei dati inesatti, la cancellazione dei dati (nei limiti previsti dall'art. 17 del Regolamento UE 679/2016) o la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano.

Ha, altresì, il diritto di opporsi, in qualsiasi momento, per motivi connessi alla sua situazione particolare, al trattamento dei dati personali che lo riguardano nel rispetto dell'art. 21 del Regolamento (UE) 679/2016.

L'interessato può esercitare i diritti di cui sopra con richiesta scritta indirizzata al Direttore Generale dell'ATS della Montagna, Via N. Sauro n. 38 – 23100 Sondrio e consegnata a mano all'Ufficio Protocollo o trasmessa a mezzo del servizio postale o via PEC (protocollo@pec.ats-montagna.it).

RECLAMO ALL'AUTORITA' DI CONTROLLO

L'interessato ha il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per il trattamento dei dati personali seguendo le procedure previste dalla stessa Autorità.

IL DIRETTORE GENERALE