

MARCA DA BOLLO

Tariffa vigente

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

OGGETTO: TRASFORMAZIONE IN SOCIETA' DI CAPITALI DI SOCIETA' DI PERSONE TITOLARE DI FARMACIA

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

Sede legale _____

P.IVA/Codice fiscale _____

titolare della farmacia _____ sede n. _____

del comune di _____ (____)

ubicata in via/piazza _____ n. _____

comunica che la suddetta società si è trasformata in società di capitali e pertanto

CHIEDE

che venga riconosciuta la titolarità della farmacia in capo alla società che ora ha la seguente ragione sociale

A tal fine comunica che la conduzione tecnico-professionale della farmacia:

rimane in capo al/alla Dr./Dr.ssa _____

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 di trasformazione della società con estremi di registrazione (oggetto sociale esclusivo gestione farmacie) oppure documento informatico sottoscritto digitalmente
- 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 dei familiari conviventi maggiorenni, 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

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

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);

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 dai familiari conviventi maggiorenni, dagli amministratori e dal farmacista direttore 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 e dagli amministratori)

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 se diverso dal precedente)

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 _____

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