

MARCA DA BOLLO
Tariffa vigente

Al Direttore
della S.C. Servizio Farmaceutico
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 _____

Informativa privacy breve ai sensi del Regolamento 679/2016/UE

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o giudiziari) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute della Montagna saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute della Montagna. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'Ente all'indirizzo <https://www.ats-montagna.it/wp-content/uploads/2023/10/Informativa-Attivita-ispettive-controllo-vigilanza-e-sanzio.pdf> I dati di contatto del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati individuato dal Titolare sono reperibili sul sito istituzionale dell'Ente.

Data _____

Firma del Legale rappresentante _____

NOTA BENE

L'istanza completa di allegati deve 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 quale documento informatico firmato digitalmente (ad esempio .pdf.p7m)

SEGUE ELENCO ALLEGATI

ELENCO ALLEGATI:

- Atto costitutivo della società con estremi di registrazione (oggetto sociale esclusivo gestione farmacie) in copia conforme all'originale oppure documento informatico sottoscritto digitalmente (ad esempio .p7m)
- Atto pubblico di acquisto in copia conforme all'originale 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 (ad esempio .p7m)
- 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**, nonché del **direttore responsabile**, 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 rilasciata dal legale rappresentante e dal direttore responsabile completa di copia documento d'identità – Allegato 2
- Autocertificazione del Casellario giudiziale dei soci, del legale rappresentante 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

ULTERIORE DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALLA S.C. SERVIZIO FARMACEUTICO

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 1 DGR 3673_2020 - Contratto di attivazione SISS della farmacia) da scaricare a parte dalla sezione Modulistica farmacie
- 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 aero-illuminanti (R.A.I.), 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 relativa al 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 a firma del legale rappresentante della società relativa **agli eventuali soci farmacisti che prestano l'attività professionale in farmacia**

Documentazione relativa al pagamento

- Atto notarile in copia conforme all'originale 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 e del direttore)

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;

Informativa privacy breve ai sensi del Regolamento 679/2016/UE

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o giudiziari) comunicati all’Agenzia di Tutela della Salute della Montagna saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l’Agenzia di Tutela della Salute della Montagna. L’Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L’informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell’Ente all’indirizzo <https://www.ats-montagna.it/wp-content/uploads/2023/10/Informativa-Attivita-ispettive-controllo-vigilanza-e-sanzio.pdf>. I dati di contatto del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati individuato dal Titolare sono reperibili sul sito istituzionale dell’Ente.

Luogo e data _____

Si allega fotocopia documento d’identità

Firma _____

AUTOCERTIFICAZIONE ANTIMAFIA (art. 88 co. 4-bis e art. 89 D.lgs 159/2011)
Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio – artt. 46 e 47 DPR 445/2000 e s.m.i.
(da compilarsi a cura del legale rappresentante e del direttore responsabile)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il _____
residente a _____ (____)
in Via/Piazza _____ n. _____
Codice Fiscale _____
documento n. _____ rilasciato da _____ in data _____ (che si allega in copia)
in qualità di _____ (specificare se legale rappresentante
o direttore responsabile)

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci; ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e s.m.i.); sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che, ai sensi della vigente normativa antimafia, che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione previste dall'art. 67 del D.Lgs n. 159/2011 e s.m.i.

Informativa privacy breve ai sensi del Regolamento 679/2016/UE

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o giudiziari) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute della Montagna saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute della Montagna. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'Ente all'indirizzo <https://www.ats-montagna.it/wp-content/uploads/2023/10/Informativa-Attivita-ispettive-controllo-vigilanza-e-sanzio.pdf> I dati di contatto del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati individuato dal Titolare sono reperibili sul sito istituzionale dell'Ente.

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, del legale rappresentante e degli 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.

Informativa privacy breve ai sensi del Regolamento 679/2016/UE

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o giudiziari) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute della Montagna saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute della Montagna L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'Ente all'indirizzo <https://www.ats-montagna.it/wp-content/uploads/2023/10/Informativa-Attivita-ispettive-controllo-vigilanza-e-sanzio.pdf> I dati di contatto del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati individuato dal Titolare sono reperibili sul sito istituzionale dell'Ente.

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 farmacista 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 _____

Informativa privacy breve ai sensi del Regolamento 679/2016/UE

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o giudiziari) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute della Montagna saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute della Montagna. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'Ente all'indirizzo <https://www.ats-montagna.it/wp-content/uploads/2023/10/Informativa-Attivita-ispettive-controllo-vigilanza-e-sanziio.pdf> I dati di contatto del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati individuato dal Titolare sono reperibili sul sito istituzionale dell'Ente.

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

Informativa privacy breve ai sensi del Regolamento 679/2016/UE

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o giudiziari) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute della Montagna saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute della Montagna. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'Ente all'indirizzo <https://www.ats-montagna.it/wp-content/uploads/2023/10/Informativa-Attivita-ispettive-controllo-vigilanza-e-sanzio.pdf> I dati di contatto del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati individuato dal Titolare sono reperibili sul sito istituzionale dell'Ente.

Luogo e data _____

Si allega fotocopia documento d'identità

Firma del legale rappresentante _____

AGGIORNAMENTO SCHEDA ANAGRAFICA FARMACIA

(barrare le voci e compilare i campi vuoti)

NUOVO CODICE: _____ **VECCHIO CODICE:** _____

(assegnato con determina dirigenziale)

CODICE TRACCIABILITA' DEL FARMACO _____

NUMERO SEDE PIANTA ORGANICA _____ Urbana Rurale

Pubblica

Privata

RAGIONE SOCIALE _____

NOME E COGNOME TITOLARE INDIVIDUALE _____

INDIRIZZO FARMACIA _____

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 _____

Informativa privacy breve ai sensi del Regolamento 679/2016/UE

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o giudiziari) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute della Montagna saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute della Montagna. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'Ente all'indirizzo <https://www.ats-montagna.it/wp-content/uploads/2023/10/Informativa-Attivita-ispettive-controllo-vigilanza-e-sanzio.pdf>. I dati di contatto del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati individuato dal Titolare sono reperibili sul sito istituzionale dell'Ente.

DATA _____

FIRMA DEL TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE/DIRETTORE

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: (specificare motivo)	<input type="checkbox"/> CESSAZIONE	<input type="checkbox"/> CAMBIO TITOLARITA'		
Ragione Sociale				Codice Regionale	
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"/>			
Letto 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

Informativa privacy breve ai sensi del Regolamento 679/2016/UE

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o giudiziari) comunicati all’Agenzia di Tutela della Salute della Montagna saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l’Agenzia di Tutela della Salute della Montagna. L’Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L’informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell’Ente all’indirizzo <https://www.ats-montagna.it/wp-content/uploads/2023/10/Informativa-Attivita-ispettive-controllo-vigilanza-e-sanzio.pdf>. I dati di contatto del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati individuato dal Titolare sono reperibili sul sito istituzionale dell’Ente.