

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 FARMACISTA

Il/La sottoscritto/a Dr/Dr.ssa _____
nato/a a _____ (____) il _____,
residente a _____ (____) via _____ n. _____

CHIEDE

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

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 richiedente _____

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 pubblico di acquisto in copia conforme all'originale o documento informatico sottoscritto digitalmente dal notaio (ad esempio in formato.p7m)
- 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 con la condizione di titolare (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, completa di copia documento d'identità – Allegato 2
- Autocertificazione del titolare 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 3

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

- Visura camerale o Dichiarazione sostitutiva del certificato di iscrizione al registro imprese/camera di commercio industria artigianato agricoltura (allegato non disponibile)
- Partita IVA

Documentazione per aggiornamento SISS e anagrafica farmacia

- Scheda per aggiornamento anagrafica farmacia in Farma2017 – Allegato 4
- Modulo di rilevazione dati per farmacie (FARM-MOD A) per aggiornamento SISS – Allegato 5 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 titolare 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);

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 4 "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

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 esplicare 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;
- di essere stato titolare della farmacia sede n. _____ del Comune di _____
e di aver trasferito la titolarità in data _____;

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

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.;

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.

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-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 _____

AGGIORNAMENTO SCHEDA ANAGRAFICA FARMACIA

(barrare le voci e compilare i campi vuoti)

NUOVO CODICE: _____

(assegnato con determina dirigenziale)

VECCHIO CODICE: _____

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

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"/>			
Lettoce 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.