

MARCA DA BOLLO
Tariffa vigente

Al Direttore
della S.C. Servizio Farmaceutico
ATS MONTAGNA
Via Nazario Sauro, 38 – 23100 Sondrio
protocollo@pec.ats-montagna.it

OGGETTO: CAMBIO DIRETTORE DI FARMACIA

Il sottoscritto _____ legale rappresentante della farmacia gestita dalla
società _____
codice farmacia _____ indirizzo farmacia _____

CHIEDE

l'autorizzazione al cambio del direttore della farmacia e a tal fine comunica che
a far data dal _____

la conduzione tecnico-professionale della Farmacia viene affidata

al/alla Dr./Dr.ssa _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ (____) in Via/Piazza _____

codice fiscale _____

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

ed in possesso del requisito d'idoneità previsto dall'art. 12 L. 475/1968

Si allega Autocertificazione del farmacista cui si affida la direzione attestante il requisito d'idoneità (Allegato 1) e Autocertificazione antimafia (Allegato 2).

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 _____

Firma del nuovo direttore per accettazione _____

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)

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

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 del nuovo farmacista 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 nuovo farmacista direttore)

Il/la sottoscritto/a Dr/Dr.ssa _____
nato/a a _____ (___) il _____ ,
residente a _____ (___)
in Via/Piazza _____
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 del nuovo direttore _____

DA COMPILARE A CURA DEL NUOVO DIRETTORE SE NON IN POSSESSO DI CARTA SISS. RESTITUIRE ALLA S.C. SERVIZIO FARMACEUTICO CON FOTOCOPIA **DOCUMENTO DI IDENTITA'** VALIDO, **CODICE FISCALE** E **NUMERO CELLULARE** CUI ESSERE CONTATTATO PER IL RITIRO DELLA CARTA

MODULO DI RILEVAZIONE DATI UTENTI PER FARMACIE

(FARM-MOD B)

Dati Farmacia in cui l'operatore presta servizio:

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> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										

Dati Anagrafici Utente:

Cognome	Nome	Codice Fiscale																				
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; height: 20px;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																				

DATI DI NASCITA

Comune	Provincia	Nazione	Data	Sesso				
				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; height: 20px; text-align: center;">M</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">F</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>	M		F	
M		F						

Qualifica Operatore

<input type="checkbox"/> TITOLARE	<input type="checkbox"/> DIRETTORE	<input type="checkbox"/> COLLABORATORE
-----------------------------------	------------------------------------	--

Bisogni formativi:

Livello conoscenza informatica	Utilizzo di posta elettronica e livello di conoscenza	Utilizzo di Internet e livello di conoscenza
Scarso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Buono <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> Scarso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Buono <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> Scarso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Buono <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

NOTE: Spazio per eventuali segnalazioni utilizzabile dell'utente

Data	Firma

Nota: Il presente modulo (FARM - MOD B) può essere usato anche singolarmente per la richiesta di carte per operatori farmacisti. La richiesta di carta per il referente deve essere contestuale all'adesione della farmacia.

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.