

Istanza di autorizzazione: istruzioni operative e documentazione da trasmettere

L'istanza per il rilascio del provvedimento di autorizzazione va presentata dopo:

- a) aver costituito la società;
 - b) avere la disponibilità dei locali ritenuti idonei per l'ispezione del Servizio Igiene dell'Ulss e della relativa documentazione tecnica richiesta (planimetria, dichiarazioni di conformità, agibilità, etc);
 - c) aver eliminato le cause di incompatibilità (presentazione delle dimissioni, rinuncia alla titolarità, cessione quote etc),
 - d) aver compilato tutta la documentazione allegata,
- Come da normativa vigente, una volta presentata l'istanza e la documentazione allegata (che deve essere completa e corretta), il provvedimento di autorizzazione sarà rilasciato entro trenta giorni.

Documentazione da trasmettere:

- 1) Istanza di autorizzazione (in bollo).
 - 2) Dichiarazione sostitutiva di certificazione, art. 46 D.P.R. 445/2000 e s.m.i., (per ogni socio) comprovante la cittadinanza, l'iscrizione all'Albo provinciale dei farmacisti con estremi di laurea e abilitazione, propria posizione nei confronti del casellario giudiziale e carichi pendenti (Mod. n. 1).
 - 4) Dichiarazione sostitutiva di certificazione antimafia, (per ogni socio) (mod. 3).
 - 5) Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, art. 47 D.P.R. 445/2000 e s.m.i. (per ogni socio) (Mod. 4).
- Per quel che riguarda le eventuali incompatibilità devono essere risolte al momento della presentazione dell'istanza per il rilascio del provvedimento di autorizzazione all'apertura.**
- Esempio:** *“di essere titolare della farmacia rurale sussidiata, via, sede farmaceutica n..., del Comune di Prov. Aulss n....., e allega a proposito la comunicazione di rinuncia alla titolarità comprensiva della data di decorrenza inoltrata all'Aulss di appartenenza.*
- 6) Nomina, di comune accordo tra i soci, del Direttore responsabile della Farmacia (Mod. 5).
 - 7) Copia conforme, in marca da bollo da 16 euro, dell'atto notarile, riportante gli estremi di registrazione, di costituzione di società di persone/capitali (**per la trasmissione si veda N.B.**).
 - 8) Copia della visura camerale o dichiarazione sostitutiva di iscrizione alla Camera di Commercio;
 - 9) Pianta dei nuovi locali della farmacia in scala 1:100 (in formato A3/A4) con planimetria corredata di suddivisione interna dei locali, con indicazione della destinazione d'uso degli spazi, nonché degli arredi previsti, timbrata e firmata in originale da un professionista abilitato.
 - 10) Documentazione attestante l'agibilità dei nuovi locali rilasciata dal Comune di pertinenza o documentazione sostitutiva a norma di legge (mod. 6).
 - 11) Certificato di collaudo funzionale dell'impianto di ventilazione forzata (*se presente*) redatto da un tecnico abilitato, mirante a verificare i requisiti previsti dalle norme U.N.I. 10339 e per quanto attiene ad eventuali parametri non ricompresi, a quanto disposto dalla Circ. Reg. n. 13/97.
 - 12) Dichiarazione di conformità dell'impianto elettrico e idro-termosanitario alla regola dell'arte.

- 13) Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante la durata mensile di utilizzo del laboratorio galenico sottoscritta dal Titolare/Direttore responsabile della farmacia (mod. 7).
- 14) Certificazione relativa ai requisiti di lavabilità/disinfettabilità della tinteggiatura utilizzata (norma U.N.I. 11021).
- 15) Comunicazione del nominativo dell'intestatario del conto corrente, indicazione dell' istituto bancario (filiale/agenzia/città) e dell'IBAN (per gli accrediti mensili della farmaceutica convenzionata, assistenza integrativa regionale, servizio distribuzione per conto), indirizzo mail, pec e n. di telefono della farmacia (mod. 8).
- 16) Comunicazione a firma del Titolare/Direttore responsabile delle generalità dei collaboratori farmacisti presenti durante l'attività lavorativa in farmacia (mod. 9 e 9A).
- 17) Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità e del codice fiscale (per ogni socio).
- 18) N. 1 registro stupefacenti conforme al modello approvato con D.M. del 20.04.1976, per la vidimazione.
- 19) Ampliamento orario di apertura, rispetto all'obbligatorio, aperture straordinarie: festività, santo patrono etc. (mod. 10).

In caso di invio dell'istanza tramite Pec

Al fine della dimostrazione dell'assolvimento dell'imposta di bollo di € 16,00 (sedici) sulle istanze di rilascio di provvedimenti amministrativi presentate all'UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale dell'Aulss 9 Scaligera mediante servizio di Posta Elettronica Certificata (P.E.C.), si informa che:

-Qualora il richiedente sia in possesso dell'Autorizzazione dall'Agenzia delle Entrate, l'imposta di bollo può essere assolta in modo virtuale, indicando sugli atti e documenti il modo di pagamento e gli estremi della citata Autorizzazione, ai sensi dell'art. 35 del DPR 642/1972;

- In assenza della predetta autorizzazione, deve essere resa dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà in cui il richiedente attesta, sotto la propria personale responsabilità ai sensi del D.P.R. 445/2000, di aver assolto al pagamento dell'imposta in questione indicando tutti i dati relativi all'identificativo della marca. Tale dichiarazione deve essere corredata da copia del documento di identità del dichiarante (modulo 11).

La domanda in originale, recante la marca da bollo annullata, deve essere conservata agli atti del richiedente per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione.

N.B. L'atto notarile di cui al punto 7 (che può essere anticipato via pec) e il registro stupefacenti di cui al punto 18 vanno inviati con posta ordinaria/raccomandata AR o consegnati a mano all'indirizzo sotto riportato.

**UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale
UOS Autorizzazione e Vigilanza Farmacie e Magazzini Farmaceutici
Via Salvo D'acquisto 7 - 37122 Verona**

BOLLO
Euro
16,00

Spett.le Azienda ULSS n. 9 Scaligera - Verona
UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale
UOS Autorizzazione e Vigilanza Farmacie e
Magazzini Farmaceutici
protocollo.aulss9@pecveneto.it

OGGETTO : Istanza di autorizzazione all'apertura e all'esercizio di nuova sede farmaceutica

I/Il/la sottoscritto/a/i dott./dott.ssa _____
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ via _____ n. _____
dott./dott.ssa _____
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ via _____ n. _____

Titolare/Legali Rappresentanti della ditta/società con la seguente ragione/denominazione sociale

Partita Iva _____ Numero R.E.A. _____

CHIEDE/ONO

l'autorizzazione all'apertura e all'esercizio della Farmacia _____
ubicata in via/piazza/viale _____ n. _____
del Comune di _____ (VR).

Il/La/I sottoscritto/a/i è/sono pienamente a conoscenza delle penali responsabilità derivanti da mendaci dichiarazioni, come sopra riportate, nonché della conseguente cessazione del procedimento e di qualsiasi altro eventuale beneficio ad esso collegato o derivante da eventuali provvedimenti emanati dall'Azienda in virtù di falsa dichiarazione.

I dati personali saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR) secondo l'informativa conservata presso la sede dell'Azienda Ulss n. 9 pubblicata nel sito internet, accessibile al seguente link: <https://www.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.apridirectdoc&iddoc=1310>

Dichiara, ai sensi dell' art. 47 del DPR 445/2000, di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00 e a comprova indica i seguenti dati della marca da bollo:

data e ora di emissione: _____ e identificativo n. _____ .
Dichiara di aver apposto la marca da bollo sulla presente domanda, di averla annullata, e di conservare l'originale della domanda, per eventuali controlli da parte della AULSS 9 Scaliger

(luogo) (data)

TITOLARE/LEGALI RAPPRESENTANTI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
ai sensi dell' art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____
residente in _____ in via _____ cod.fisc. _____.

rende la presente dichiarazione consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445.

DICHIARA QUANTO SEGUE

Di essere cittadino _____ e di essere in possesso dei diritti civili e politici;

Di non aver riportato condanne penali;

Di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;

Per i Farmacisti:

Di essere iscritto all'Albo dei farmacisti della provincia di _____
al n. _____ dal _____;

Di aver conseguito la laurea in _____
presso l'Università di _____, in data _____;

Di aver conseguito l'abilitazione professionale presso l' Università di _____,
sessione di _____ nell' anno _____

I dati personali saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR) secondo l'informativa conservata presso la sede dell'Azienda Ulss n. 9 pubblicata nel sito internet, accessibile al seguente link: <https://www.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.apridirectdoc&iddoc=1310>

Data _____

Il dichiarante _____ (firma)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO
ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____

residente in _____ in via _____ cod.fisc. _____.

rende la presente dichiarazione consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445.

DICHIARA

Quale SOCIO della società _____ codice fiscale/partita
IVA _____ titolare della Farmacia _____ del Comune di
_____ prov. _____ ubicata in via _____ n. _____

che nei propri confronti non sussistono le cause di decadenza, di sospensione o di divieto di cui all'art. 67 del D.Lvo 06/09/2011, n. 159 "Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 13 agosto 2010, n. 136".

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore all'ufficio competente via pec o tramite un incaricato.

I dati personali saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR) secondo l'informativa conservata presso la sede dell'Azienda Ulss n. 9 pubblicata nel sito internet, accessibile al seguente link: <https://www.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.apridirectdoc&iddoc=1310>

Data _____

Il dichiarante _____ (firma)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA'
ai sensi dell' art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____

residente in _____ in via _____ cod.fisc. _____.

rende la presente dichiarazione consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

QUALE SOCIO:

- Di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità di cui all'art. 7 e 8 della legge n. 362 del 1991 e s.m.i., in particolare:
 - ✓ Con qualsiasi altra attività svolta nel settore della produzione e informazione scientifica del farmaco, nonché con l'esercizio della professione medica.
 - ✓ Con la posizione di titolare, gestore provvisorio, direttore o collaboratore di altra farmacia;
 - ✓ Con qualsiasi rapporto di lavoro pubblico e privato;
- Di non essere incompatibile ai sensi dell'art. 102 del R.D. 27/07/1934 n .1265 e s.m.i.;
- Di non aver partecipato a più di due concorsi straordinari;
- Di non aver ceduto la propria farmacia negli ultimi 10 anni;
- Di essere/ non essere (depennare la voce che non interessa) assegnatario di altra sede farmaceutica posta a concorso straordinario in altre regioni e impegnarsi a comunicare celermente eventuali variazioni rispetto a quanto dichiarato;
- Di non essere incorso in condanna comportante l'interdizione perpetua o temporanea da pubblici uffici ovvero l'interdizione alla professione, ai sensi dell'art. 14 della legge n. 475/1968 e s.m.i.;

Al fine di procedere alla verifica delle dichiarazioni rilasciate si chiede di specificare l'ultima sede lavorativa Farmacia/Ente pubblico/altra sede lavorativa (specificare) _____ del Comune _____ Prov _____ dal _____ al _____

Altro _____

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore all'ufficio competente via pec o tramite un incaricato.

Data _____ Il dichiarante _____ (firma)

I dati personali saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR) secondo l'informativa conservata presso la sede dell'Azienda Ulss n. 9 pubblicata nel sito internet, accessibile al seguente link: <https://www.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.apridirectdoc&iddoc=1310>

Data _____ Il dichiarante _____ (firma)

OGGETTO: Nomina e comunicazione direttore responsabile della farmacia

I sottoscritti soci/legali rappr. della società _____
titolare della Farmacia _____ ubicata in via
_____ n. _____ Comune _____, ai sensi dell'art.7 del comma
3 della legge n. 362\1991 e s.m.i., comunicano, con l'accordo di tutti, di affidare la direzione tecnica della
farmacia al dott.\dott.ssa _____ che è in possesso dei requisiti previsti e che
sottoscrive la presente nota per accettazione.

I dati personali saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR) secondo l'informativa conservata presso la sede dell'Azienda Ulss n. 9 pubblicata nel sito internet, accessibile al seguente link: <https://www.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.apridirectdoc&iddoc=1310>

I soci della società
(Firma)

Per accettazione
Il Direttore Responsabile

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____
residente in _____ in via _____ cod.fisc. _____.
in qualità di legale rappresentante della società _____
_____ titolare della Farmacia _____ ubicata nel
Comune di _____ via _____ n. _____

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 dello stesso D.P.R., in caso di dichiarazioni non veritiere,

DICHIARA

di essere in possesso del certificato di agibilità dell'immobile ove è situata la suddetta Farmacia, rilasciato dal Comune di _____ (prot. n. _____ del _____) in data _____

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore all'ufficio competente via pec o tramite un incaricato.

Data _____ Il dichiarante _____ (firma)

I dati personali saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR) secondo l'informativa conservata presso la sede dell'Azienda Ulss n. 9 pubblicata nel sito internet, accessibile al seguente link: <https://www.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.apridirectdoc&iddoc=1310>

Data _____ Il dichiarante _____ (firma)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
ai sensi dell' art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____

residente in _____ in via _____ cod.fisc. _____.

in qualità di Legale rapp. della società _____

Cod. fiscale/Partita IVA _____

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 dello stesso D.P.R., in caso di dichiarazioni non veritiere,

DICHIARA

Che il laboratorio galenico della Farmacia _____ ubicato nel piano fuori terra/interrato (cancellare la voce che non interessa) sarà utilizzato per un periodo di tempo:

☐ superiore alle 10 ore mensili

☐ inferiore alle 10 ore mensili

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore all'ufficio competente via pec o tramite un incaricato.

Data _____ Il dichiarante _____ (firma)

I dati personali saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR) secondo l'informativa conservata presso la sede dell'Azienda Ulss n. 9 pubblicata nel sito internet, accessibile al seguente link: <https://www.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.apridirectdoc&iddoc=1310>

Data _____ Il dichiarante _____ (firma)

I/il sottoscritti/o _____ nato/a _____ il _____ cod. fiscale _____

I/il sottoscritti/o _____ nato/a _____ il _____ cod. fiscale _____

in qualità di Legale rapp. della società

COMUNICA/NO

P. IVA

COD. FISCALE

N. TELEFONO FARMACIA

MAIL

Gli estremi del conto corrente bancario dedicato sul quale l'Aulss 9 Scaligera dovrà effettuare i pagamenti relativi alla farmaceutica convenzionata, all'assistenza integrativa e al servizio distribuzione farmaci per conto:

IBAN IT

BANCA D'APPOGGIO:

AGENZIA/FILIALE:

LE GENERALITA' E IL CODICE FISCALE DELLE PERSONE DELEGATE AD OPERARE SU DI ESSO:

() Di aver ceduto il credito vantato nei confronti dell'Aulss Scaligera derivante dalle distinte mensili, relative alla farmaceutica Convenzionata, all'Assistenza Integrativa e al Servizio Distribuzione farmaci per conto:

ALLA SOCIETA'

Mi impegno a comunicare ogni eventuale variazione dei dati trasmessi, del predetto conto corrente e dei soggetti autorizzati ad operare su di esso.

I dati personali saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR) secondo l'informativa conservata presso la sede dell'Azienda Ulss n. 9 pubblicata nel sito internet, accessibile al seguente link: <https://www.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.apridirectdoc&iddoc=1310>

Data _____

Il dichiarante _____ (firma)

Il dichiarante _____ (firma)

**COMUNICAZIONE ASSUNZIONE/CESSAZIONE COLLABORATORI FARMACISTI
AI SENSI DELL' ART. 12 DPR 1275/1971 E S.M.I.**

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa Titolare/Direttore resp/Legale Rapp. della
Farmacia cod. prov. n. con sede nel Comune di
.....via.....comunica a codesta ASL che a partire dal
presso la succitata Farmacia () presta la propria opera professionale il/la
() non presta più
Dott./ssa.....nato/a a il
iscritto/a all' Albo dell'Ordine dei Farmacisti della provincia di al n.
dal
Il/La succitato/a dott./ssa svolge la propria opera professionale in qualità di
Farmacista collaboratore: (barrare la casella interessata)

- a) praticante (volontario)
- b) dipendente a tempo pieno/ n. ore settimanali
- c) dipendente a tempo parziale/n. ore settimanali
- d) altre forme di collaborazione
(specificare libero-professionale, impresa familiare, associazione in partecipazione,
ecc., a tempo pieno o tempo parziale e il numero di ore settimanali)

Nota Bene: nei casi in cui si renda difficoltoso programmare le presenze del farmacista in libera professione, l'orario effettivamente svolto potrà essere comunicato a fine mese specificando i giorni di effettiva presenza e le ore prestate. In caso di cessazione del rapporto con il farmacista in libera professione dovrà essere data tempestiva comunicazione.

I dati personali saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR) secondo l'informativa conservata presso la sede dell'Azienda Ulss n. 9 pubblicata nel sito internet, accessibile al seguente link: <https://www.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.apridirectdoc&iddoc=1310>

Allegati:

- n. 1 dichiarazione sostitutiva di certificazione del collaboratore di iscrizione all'Albo Professionale;

DATA..... TIMBRO E FIRMA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (AUTOCERTIFICAZIONE)

ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ prov _____

il _____ residente nel Comune di _____ prov _____

in via _____ n _____ cod.fisc. _____

rende la presente dichiarazione consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 e s.m.i.

DICHIARA QUANTO SEGUE

Di aver conseguito la Laurea in _____ presso l'Università di _____ in data _____;

Di aver conseguito l'abilitazione professionale presso l'Università di _____ nell' anno _____ sessione _____;

Di essere iscritto all'Albo dei farmacisti della provincia di _____ al n. _____ dal _____.

Data _____ Il dichiarante _____ (firma)

I dati personali saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR) secondo l'informativa conservata presso la sede dell'Azienda Ulss n. 9 pubblicata nel sito internet, accessibile al seguente link: <https://www.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.apridirectdoc&iddoc=1310>

Data _____ Il dichiarante _____ (firma)

Oggetto: ☐ Comunicazione ampliamento orario di apertura, oltre l'obbligatorio
☐ Comunicazione apertura "straordinaria" (festività domenicali – infrasettimanali, Santo Patrono)
☐ Modifica all'orario di ampliamento della farmacia.

Il sottoscritto Dott. _____, Legale rapp./Direttore della Farmacia
 _____, comunica che:

☐ **ai sensi dell'art. 3 della legge regionale n. 16/2019 di ampliare l'orario di apertura della Farmacia:**

Dal _____ al _____ con il seguente orario:

lunedì:	dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____
martedì:	dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____
mercoledì:	dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____
giovedì:	dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____
venerdì:	dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____
sabato:	dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____

☐ **ai sensi dell'art. 3 della legge regionale n. 16/2019 la Farmacia rimarrà aperta:**

il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____

il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____

il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____

N.b. Le comunicazioni sono da effettuarsi con un ragionevole anticipo
--

Cordiali saluti.

Data,

Timbro e Firma Legale rapp.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA'
ai sensi dell' art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____

residente in _____ in via _____ cod.fisc. _____.

in qualità di:

Legale rappresentante della Società _____

con sede legale in _____ via _____ n. _____

P.Iva _____

rende la presente dichiarazione consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445.

DICHIARA /NO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00: a comprova, indica i seguenti dati della marca da bollo utilizzata:
 - data e ora di emissione _____
 - identificativo n. _____
- di aver apposto la marca da bollo sulla presente domanda e di aver annullato la stessa;
- di conservare l'originale della domanda per eventuali controlli da parte della AULSS 9 Scaligera.

Data _____ Il dichiarante _____ (firma)

I dati personali saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR) secondo l'informativa conservata presso la sede dell'Azienda Ulss n. 9 pubblicata nel sito internet, accessibile al seguente link: <https://www.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.apridirectdoc&iddoc=1310>

Data _____ Il dichiarante _____ (firma)