

ISTANZA DI AUTORIZZAZIONE NUOVO DIRETTORE RESPONSABILE DELLA FARMACIA

BOLLO
Euro
16,00

Spett.le AULSS 9 Scaligera
UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale
UOS Autorizzazione e Vigilanza Farmacie e
Magazzini Farmaceutici
protocollo.aulss9@pecveneto.it

I/Il sottoscritti/o _____
legale/i rappresentante/i della società _____,
(ragione sociale/denominazione), partita IVA _____
titolare della Farmacia _____ cod. prov. _____
ubicata in via _____ n _____ Comune _____

CHIEDE

Di autorizzare il/la dott./dott.ssa _____,
nato/a a _____ (____) il _____ codice fiscale _____
quale nuovo direttore responsabile della succitata farmacia a decorrere dal _____
in sostituzione del/della dott./dott.ssa _____ che
cesserà ogni collaborazione con la suddetta farmacia a partire dalla data indicata, salvo altra comunicazione.
Il/La dott./dott.ssa _____ è farmacista in possesso del requisito di
idoneità previsto dall'art. 12 della legge 475/1968 e s.m.i.

L'istanza va inviata almeno 30 giorni prima dalla data di decorrenza della nuova direzione.

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 Scaligera.

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>

Luogo e Data

Per accettazione
Il Direttore Responsabile

Il/I Legale/i rappresentante/i

Allegati: Copia di un documento di identità in corso di validità di tutti i sottoscrittori e codice fiscale

Dichiarazione sostitutiva del nuovo direttore - mod. 1

Dichiarazione sostitutiva antimafia del nuovo direttore resp. - mod. 2

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà del nuovo direttore resp. mod. 3

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DEL NUOVO DIRETTORE

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. _____

indirizzo mail personale _____ *(per la trasmissione delle credenziali)*

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 _____ n. _____ dal _____

Di essere in possesso in del requisito di idoneità previsto dall'art. 12 della legge 475/1968 e s.m.i. in quanto
(barrare la voce che interessa):

() essere risultato/a idoneo/a in un precedente concorso nell'anno _____ Regione _____

() avere almeno due anni di pratica professionale, in qualità di _____

presso la/e farmacia/e _____

dell'Aulss n. _____ provincia _____

Di non aver riportato condanne penali;

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

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

Firma del dichiarante

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO
ai sensi dell' art. 46 - 47 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. _____
in qualità di nuovo direttore responsabile della farmacia _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 445/00 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art.75 del DPR 445/00, sotto la propria responsabilità;

DICHIARA

ai sensi della vigente normativa antimafia, che nei propri confronti non sussistono le cause di decadenza, di sospensione o di divieto di cui all'art. 67 del D. Lgs 06/09/2011, n. 159 e s.m.i. "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

Firma del dichiarante

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 a _____ prov _____
il _____ residente nel Comune di _____ prov _____
in via _____ n _____ cod.fisc. _____
in qualità di nuovo direttore responsabile della farmacia _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 445/00 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art.75 del DPR 445/00, sotto la propria responsabilità;

DICHIARA

- Di non essere titolare/socio/gestore provvisorio di farmacia, direttore responsabile o collaboratore presso altra farmacia;
- Di non esercitare altra attività nel settore della produzione e informazione scientifica del farmaco;
- Di prestare servizio a tempo pieno presso la farmacia in cui assumerà la direzione.

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

Firma del dichiarante
