

BOLLO
Euro
16,00

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

OGGETTO: Istanza di riconoscimento del trasferimento di titolarità e autorizzazione all'esercizio

La/Il sottoscritto/a dr./ssa nata/o a il
C.F. residente a via n.
La/Il sottoscritto/a dr./ssa nata/o a il
C.F. residente a via n.
La/Il sottoscritto/a dr./ssa nata/o a il
C.F. residente a via n.

☐ in qualità di Legale/i rappresentante/i della Società.....

P. IVA/Cod. Fiscale.....

☐ in qualità di Titolare della Ditta individuale

CHIEDE/CHIEDONO

☐ Il riconoscimento del trasferimento della titolarità e dell'autorizzazione alla gestione della Farmacia e della connessa azienda commerciale ubicata in via
Comune di (VR), alla ditta/società
(ragione sociale/denominazione) con sede legale in via
Comune di Partita Iva

☐ Nel caso di farmacia rurale sussidiata, il riconoscimento, alla società, dell'indennità di residenza della Farmacia, dalla data di decorrenza del trasferimento della titolarità;

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.

Informativa privacy ai sensi dell'art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679

Gentile utente la informiamo che il trattamento dei dati che La riguardano sarà improntato al rispetto del Regolamento UE/679/2016 nonché secondo i principi della normativa in materia di protezione dei dati personali (privacy). Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Aulss 9 Scaligera i cui dati di contatto si possono rinvenire sul sito www.aulss9.veneto.it. Il Responsabile della Protezione dei dati personali individuato dall'ente può essere contattato all'indirizzo e mail rp@aulss9.veneto.it. Il trattamento dei dati personali oggetto della presente informativa ha per finalità le attività amministrative correlate al rilascio di atti, provvedimenti autorizzativi e ricognitivi, inerenti all'assistenza farmaceutica territoriale. Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria e il mancato conferimento non consente l'espletamento dell'istruttoria e il rilascio degli atti e dei provvedimenti richiesti. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. I dati raccolti saranno conservati per il tempo necessario al perseguimento delle finalità per le quali sono trattati, tenuto conto anche di quanto previsto dal piano di conservazione della documentazione aziendale (cd. massimario di scarto dei documenti d'archivio). L'Interessato può, rivolgendosi direttamente al Responsabile della protezione dei dati personali, esercitare il diritto di accesso ai suoi dati personali o ottenere la rettifica o l'integrazione e, nei casi stabiliti dalla legge, la limitazione, la cancellazione o l'opposizione al trattamento (ai sensi degli artt. 15-22 del Regolamento UE/2016/679).

L'informativa completa redatta ai sensi degli artt. 13 e 14 del Reg. UE/2016/679 è reperibile al link: <https://www.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.aprindirectdoc&iddoc=1310>

Luogo e data

LEGALE/I RAPPRESENTANTE/I

Documentazione da allegare all'istanza

N.B. In caso di S.N.C. l'istanza deve essere sottoscritta da tutti i soci come pure i moduli che lo richiedono.

1. Copia delle ricevute comprovanti l'avvenuto versamento della tassa di concessione regionale per l'apertura e l'esercizio di farmacie nella misura di **Eur**, della tassa annuale di ispezione regionale nella misura di **Euro** e dell'eventuale contributo annuo previsto per le farmacie non rurali di **Euro** che deve essere eseguito a mezzo bonifico bancario presso banca Unicredit Spa codice IBAN **IT 41 V 02008 02017 000100537110**, intestato a Regione Veneto - B.P. Tassa CC.RR. - Servizio Tesoreria.
2. L'istanza per il rilascio del provvedimento di riconoscimento del trasferimento va presentata dopo:
 - a) aver stipulato e registrato l'atto notarile di compravendita/donazione/conferimento;
 - b) aver eliminato le eventuali cause di incompatibilità;
 - c) aver compilato tutta la documentazione allegata,
3. 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 (solo per farmacisti), la propria posizione nei confronti di casellario giudiziale e carichi pendenti (mod. n. 1);
4. Dichiarazione sostitutiva di certificazione antimafia, art. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 e s.m.i, (mod. n. 2);
5. Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, **per ogni socio, persona fisica o società**, (mod. n. 3). In caso di trasferimento da ditta a ditta individuale, compilare il mod n. 3 bis.
6. Nomina, di comune accordo tra i soci, del Direttore responsabile della Farmacia (mod. n. 4), **N. B. se il Direttore responsabile non è socio deve compilare anche i moduli n. 1 e 2.**
7. **Copia conforme, in marca da bollo da € 16.00,** dell'atto notarile di trasferimento/conferimento titolarità e azienda commerciale, riportante gli estremi di registrazione;
8. Copia della visura camerale aggiornata o dichiarazione sostitutiva (mod. 5);
9. Comunicazione in carta semplice del: nominativo dell'intestatario del conto corrente, indicazione dell'ISTITUTO BANCARIO (Filiale/Agenzia/Città) e del IBAN (per gli accrediti mensili della farmaceutica convenzionata, assistenza integrativa regionale, servizio distribuzione per conto), indirizzo mail, pec, n. di telefono e fax della farmacia (mod. n. 6);
10. Comunicazione a firma del nuovo legale rappresentante degli addetti farmacisti presenti durante l'attività lavorativa in farmacia (mod. n. 7). **Non compilare se nulla cambia rispetto agli attuali dipendenti farmacisti**
11. Proposta di articolazione orario obbligatorio della farmacia (mod. n. 8) e orario effettivo di apertura;
12. Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità e del codice fiscale, **per ogni socio e del Direttore responsabile (se non socio);**
13. N. 1 registro stupefacenti conforme al modello approvato con D.M. del 20.04.1976 per la vidimazione;

1. 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, UOS Autorizzazione e Vigilanza Farmacie e Magazzini Farmaceutici 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 10)**.

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. Il registro stupefacenti e l'atto notarile in originale con marca da bollo vanno inviati con posta ordinaria/raccomandata AR o consegnati a mano all'indirizzo sotto riportato. In ogni caso l'atto notarile va allegato anche alla pec di trasmissione dell'istanza.

UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale

UOS Autorizzazione e Vigilanza Farmacie Magazzini Farmaceutici

Via Salvo D'acquisto 7 - 37122

Verona

**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 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 _____;

Di non aver 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.

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 dell'art. 46 - 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____ il
 _____, residente in _____ via
 _____ n. _____, cod.fisc. _____, in qualità
 di *(vedi elenco dei soggetti tenuti ad effettuare la dichiarazione)* _____ della
 ditta/società _____ avente la sede in _____
 Prov. di _____ via _____ n. _____ tel. n. _____;

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 _____

Il dichiarante _____ (firma)

**SOGGETTI TENUTI A PRESENTARE LA DICHIARAZIONE ANTIMAFIA
AI SENSI DELL'ART. 85 DEL D. Lgs. N. 159/2011 E S.M.I.**

Impresa individuale	1. Titolare dell'impresa 2. direttore tecnico (se previsto)
Associazioni	1. Legali rappresentanti 2. membri del collegio dei revisori dei conti o sindacale (se previsti)
Società di capitali o cooperative SRL	1. Legale rappresentante 2. Amministratori 3. direttore tecnico (se previsto) 4. membri del collegio sindacale 5. socio di maggioranza (nelle società con un numero di soci pari o inferiore a 4) 6. socio (in caso di società unipersonale) 7. membri del collegio sindacale o, nei casi contemplati dall' art. 2477 del codice civile, al sindaco, nonché ai soggetti che svolgono i compiti di vigilanza di cui all'art. 6, comma 1, lettera b) del D.Lgs 231/2001;
Società semplice e in nome collettivo	1. tutti i soci 2. direttore tecnico (se previsto) 3. membri del collegio sindacale (se previsti)
Società in accomandita semplice	1. soci accomandatari 2. direttore tecnico (se previsto) 3. membri del collegio sindacale (se previsti)
Società estere con sede secondaria in Italia	1. coloro che le rappresentano stabilmente in Italia 2. direttore tecnico (se previsto) 3. membri del collegio sindacale (se previsti)
Società estere prive di sede secondaria con rappresentanza stabile in Italia	1. Coloro che esercitano poteri di amministrazione, rappresentanza o direzione dell' impresa
Società personali (oltre a quanto espressamente previsto per le società in nome collettivo e accomandita semplice)	1. Soci persone fisiche delle società personali o di capitali che sono socie della società personale esaminata 2. Direttore tecnico (se previsto) 3. membri del collegio sindacale (se previsti)
Società di capitali anche consortili, per le società cooperative di consorzi cooperativi, per i consorzi con attività esterna	1. legale rappresentante 2. componenti organo di amministrazione 3. direttore tecnico (se previsto) 4. membri del collegio sindacale (se previsti) 5. ciascuno dei consorziati che nei consorzi e nelle società consortili detenga una partecipazione superiore al 10 per cento oppure detenga una partecipazione inferiore al 10 per cento e che abbia stipulato un patto parasociale riferibile a una partecipazione pari o superiore al 10 per cento, ed ai soci o consorziati per conto dei quali le società consortili o i consorzi operino in modo esclusivo nei confronti della pubblica amministrazione;
Consorzi ex art. 2602 c.c. non aventi attività esterna e per i gruppi europei di interesse economico	1. legale rappresentante 2. eventuali componenti dell' organo di amministrazione 3. direttore tecnico (se previsto) 4. imprenditori e società consorziate (e relativi legale rappresentante ed eventuali componenti dell' organo di amministrazione) 5. membri del collegio sindacale (se previsti)
Raggruppamenti temporanei di imprese	1. tutte le imprese costituenti il Raggruppamento anche se aventi sede all' estero, nonché le persone fisiche presenti al loro interno, come individuate per ciascuna tipologia di imprese e società 2. direttore tecnico (se previsto) 3. membri del collegio sindacale (se previsti)
Per le società di capitali anche consortili, per le società cooperative di consorzi cooperativi, per i consorzi con attività esterna e per le società di capitali con un numero di soci pari o inferiore a quattro (vedi lettera c del comma 2 art. 85) <u>concessionarie nel settore dei giochi pubblici</u>	Oltre ai controlli previsti per le società di capitali anche consortili, per le società cooperative di consorzi cooperativi, per i consorzi con attività esterna e per le società di capitali con un numero di soci pari o inferiore a quattro, la documentazione antimafia deve riferirsi anche ai soci e alle persone fisiche che detengono, anche indirettamente, una partecipazione al capitale o al patrimonio superiore al 2 per cento, nonché ai direttori generali e ai soggetti responsabili delle sedi secondarie o delle stabili organizzazioni in Italia di soggetti non residenti. Nell'ipotesi in cui i soci persone fisiche detengano la partecipazione superiore alla predetta soglia mediante altre società di capitali, la documentazione deve riferirsi anche al legale rappresentante e agli eventuali componenti dell'organo di amministrazione della società socia, alle persone fisiche che, direttamente o indirettamente, controllano tale società, nonché ai direttori generali e ai soggetti responsabili delle sedi secondarie o delle stabili organizzazioni in Italia di soggetti non residenti. La documentazione di cui al periodo precedente deve riferirsi anche al coniuge non separato.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'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. _____.

Quale _____ (socio /legale rapp.) della società _____

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

() 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 esplicata 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 (su questo punto il Consiglio di Stato parere n. 69/2018 e Corte Costituzionale con sentenza n. 11/2020);
- ✓ Di non essere incompatibile ai sensi dell'art. 102 del R.D. 27/07/1934 n.1265 e s.m.i.;

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

() che la società (nel caso in cui socio sia una società) _____ non si trova in alcuna delle situazioni di incompatibilità di cui all'art. 7 e 8 della legge n. 362 del 1991 e s.m.i. e della legge n. 124/2017, in particolare:

- ✓ con qualsiasi altra attività esplicata nel settore della produzione e informazione scientifica del farmaco, nonché con l'esercizio della professione medica;
- ✓ con la posizione di titolare, gestore provvisorio, di altra farmacia;
- ✓ di essere stata titolare della farmacia sede n. _____ del Comune di _____ e di aver trasferito la titolarità in data _____;
- ✓ di essere socio di società titolare di altra farmacia (indicare denominazione, comune e provincia) _____;
- ✓ di non controllare, direttamente o indirettamente, ai sensi degli articoli 2359 e seguenti del codice civile, più del 20 per cento delle farmacie esistenti nel territorio della medesima regione o provincia autonoma.

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 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. _____.

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 titolare:

1. Di non trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 12 - 13 della legge 2 aprile 1968 n. 475 e s.m.i.;
2. Di non essere incompatibile ai sensi dell'artt. 102 e 112 del R.D. 27/07/1934 n. 1265 e s.m.i.;
3. 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.;

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>

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)

OGGETTO: Comunicazione direttore responsabile di Farmacia (solo in caso di società)

I/Il sottoscritti/o _____ legale/i
rappresentate/i della Società _____ (*ragione sociale/denominazione*),
partita IVA _____, ai sensi dell'art.7 del comma 3 della legge n. 362\1991,
comunica/no che dalla data di decorrenza del trasferimento della titolarità, la direzione tecnico- professionale
della Farmacia _____ ubicata nel Comune di
_____ in via _____ n. _____, verrà
affidata al/alla dott./dott.ssa _____.

Il/La dott./dott.ssa _____ è farmacista iscritta/o all'Albo dei farmacisti
della provincia di _____ e in possesso 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 _____

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/I legale/i rappresentante/i della società

Per accettazione

Il Direttore Responsabile

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO DI ISCRIZIONE ALLA CAMERA DI
COMMERCIO INDUSTRIA ARTIGIANATO AGRICOLTURA
ai sensi dell' art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445**

I/il sottoscritti/o _____ nato/a _____ il _____

I/il sottoscritti/o _____ nato/a _____ il _____

I/il sottoscritti/o _____ nato/a _____ il _____

in qualità di Legale/i rappresentante/i

D I C H I A R A N O

che l'Impresa/Società è iscritta nel Registro delle Imprese di

con il numero Repertorio Economico Amministrativo

Denominazione:

Forma giuridica:

Sede:

Codice Fiscale:

Data di costituzione:

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Numero componenti in carica:

COLLEGIO SINDACALE

Numero sindaci effettivi:

Numero sindaci supplenti

OGGETTO SOCIALE

TITOLARI DI CARICHE O QUALIFICHE

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA NASCITA	CARICA	RESIDENZA

EVENTUALI DIRETTORI TECNICI

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA NASCITA	CARICA	RESIDENZA

SOCI E TITOLARI DI DIRITTI SU QUOTE E AZIONI/PROPRIETARI

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA NASCITA	CARICA	RESIDENZA

SEDI SECONDARIE E UNITA' LOCALI

--

Dichiara, altresì, che l'impresa gode del pieno e libero esercizio dei propri diritti, non è in stato di liquidazione, fallimento o concordato preventivo, non ha in corso alcuna procedura dalla legge fallimentare e tali procedure non si sono verificate nel quinquennio antecedente la data odierna.

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_____

LEGALE/I RAPPRESENTANTE/I

I/il sottoscritti/o _____ nato/a _____ il _____

I/il sottoscritti/o _____ nato/a _____ il _____

I/il sottoscritti/o _____ nato/a _____ il _____

in qualità di Legale/i rappresentante/i della società

COMUNICA/NO

P. IVA

COD. FISCALE

N. TELEFONO

FAX

MAIL

PEC

() 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 _____ -

TIMBRO E FIRMA

COMUNICAZIONE FARMACISTI COLLABORATORI

Il/la/I sottoscritto/a/i..... Legale/i Rapp. della

Farmaciacon sede invia.....

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 succitato/a dott. svolge la propria opera professionale in qualità di
Farmacista collaboratore: (barrare la casella interessata)

- ☐ praticante (volontario)
- ☐ dipendente a tempo pieno/ n. ore settimanali
- ☐ dipendente a tempo parziale/n. ore settimanali
- ☐ 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.

Allegati:

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

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&idoc=1310>

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 _____.

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: Proposta di articolazione dell'orario obbligatorio di apertura della farmacia (40 ore) e orario effettivo di apertura.

Il/la sottoscritto/a Dott. _____, legale rappresentante della Farmacia _____ cod _____, chiede di poter effettuare l'orario minimo obbligatorio di apertura (40 ore), comprensivo della mezza giornata di chiusura, riportato nella tabella 1. L'orario minimo giornaliero deve rientrare nelle fasce orarie 7.30 – 13.00 e 14.00 – 20.30. Nella tabella 2) va inserito l'orario di effettiva apertura, comprensivo delle eventuali estensioni rispetto all'orario minimo di 40 ore.

1) Distribuzione dell'orario minimo settimanale di apertura (40 ore) e della mezza giornata di chiusura (anche se non utilizzata):

Tabella 1

Orario minimo di apertura di 40 ore + mezza giornata di chiusura			
	mattino	pomeriggio	totale
Lunedì			
martedì			
mercoledì			
giovedì			
venerdì			
sabato			
Totale			40

Esempio di orario minimo di apertura di 40 ore + mezza giornata di chiusura			
	mattino	pomeriggio	totale
Lunedì	9.00-12.30	15.30-19.20	7.20
martedì	9.00-12.30	15.30-19.20	7.20
mercoledì	9.00-12.30	15.30-19.20	7.20
giovedì	9.00-12.30	15.30-19.20	7.20
venerdì	9.00-12.30	15.30-19.20	7.20
sabato	9.00-12.20		3.20
Totale			40

Tabella 2

Orario effettivo di apertura			
	mattino	pomeriggio	totale
Lunedì			
martedì			
mercoledì			
giovedì			
venerdì			
sabato			
Totale			

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&idoc=1310>

Data _____

Il dichiarante _____ (firma)

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

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____
residente in _____ in via _____ cod.fisc. _____.
Titolare/Legale Rappresentante/Direttore Responsabile della ditta/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 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.

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)