

Marca da bollo
secondo tariffa
vigente

Al Direttore Generale
dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera
Via Montescaglioso
75100 M A T E R A

Oggetto: Richiesta riconoscimento trasferimento titolarità di farmacia a società.

Il /La sottoscritto/a _____,
nella sua qualità di legale rappresentante della società denominata _____

con sede in _____ in Via _____,
costituita da:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

CHIEDE

che venga riconosciuto alla predetta società il trasferimento della titolarità della farmacia urbana/rurale correlativa alla sede farmaceutica n. _____ della pianta organica delle farmacie del Comune di _____, con decorrenza dal _____.

Il/La sottoscritto/a, inoltre, fa presente che la direzione della farmacia è conferita al dr./drssa _____, in possesso del requisito dell'idoneità.

Si allegano alla presente i seguenti documenti:

- 1) atto costitutivo della società sopra descritta, in originale o copia conforme e registrato;
- 2) copia di certificazione di attribuzione di partita IVA;
- 3) n. _ dichiarazioni rese da ciascun socio circa la sussistenza dei requisiti di legge;
- 4) ricevuta di versamento della tassa di concessione regionale (tassa non dovuta se la farmacia è rurale sussidiata).

L'esercizio della farmacia sarà espletato:

- negli stessi locali siti in Via _____ con arredi, provviste e dotazioni già esistenti.
- nei nuovi locali siti in Via _____, allegando la seguente documentazione, ai fini del rilascio dell'autorizzazione al trasferimento negli stessi dell'esercizio della farmacia:
 - 1) planimetria dei locali prescelti datata e firmata in originale da tecnico abilitato, in scala 1:100, con indicati i rapporti aereo-illuminanti, le sezioni e le destinazioni d'uso;
 - 2) segnalazione certificata di agibilità dei locali;
 - 3) certificato del Comune nel quale si attesti che i locali prescelti sono ubicati nell'ambito della sede farmaceutica per la quale fu concessa l'autorizzazione, a distanza dalle altre farmacie secondo quanto previsto dalla normativa in materia;
 - 4) certificato del Comune nel quale si attesti che i locali prescelti soddisfano le esigenze degli abitanti della zona;

5) parere di idoneità igienico-sanitaria dei locali da adibire a farmacia, rilasciato dal Dipartimento di Prevenzione della ASL.

La denominazione della farmacia sarà: _____

Luogo e Data _____

FIRMA

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 l'istanza è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

MODULO PER SOCIO FARMACISTA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

Il/La sottoscritto/a Dr. _____,
ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali cui
può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e di falsità in atti, secondo quanto previsto
dall'art. 76 dello stesso D.P.R.,

DICHIARA

- 1) di essere nato/a a _____ il _____;
- 2) di aver il seguente numero di codice fiscale: _____;
- 3) di essere residente a _____ Prov. _____
in Via _____;
- 4) di essere cittadino/a italiano/a;
- 5) di godere dei diritti civili e politici;
- 6) di aver conseguito la laurea in _____ il _____
presso l'Università degli Studi di _____;
- 7) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data _____
presso l'Università degli Studi di _____;
- 8) di essere iscritto/a all'Albo dei Farmacisti della provincia di _____
dal _____ al n. _____;
- 9) di essere in possesso del requisito dell'idoneità alla titolarità di farmacia per:
 - avere conseguito l'idoneità nel concorso pubblico per il conferimento di sedi farmaceutiche
nella provincia di _____, bandito con atto
_____ n. _____ del _____;
 - aver svolto il biennio di pratica professionale previsto dall'art. 6 della legge 22 dicembre 1984
n. 892, avendo prestato servizio professionale dal _____ al _____ presso la
farmacia _____ sita nel Comune di
_____ appartenente alla ASL _____;
 - essere titolare della farmacia _____ sede n.
_____ del Comune di _____ Prov. _____;
- 10) di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario/a di provvedimenti che
riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti
amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- 11) di non essere a conoscenza di essere sottoposto/a a procedimenti penali;
- 12) di non essere in alcuna delle condizioni d'incompatibilità previste dall'art. 8 della legge 8
novembre 1991 n. 362 e s.m.i.;
- 13) che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza, o di sospensione di cui
all'art. 67 del D.Lgs. n. 159/2011 e di non essere a conoscenza dell'esistenza di tali cause nei
confronti dei propri familiari conviventi di maggiore età di seguito elencati:
(Cognome e nome – Luogo e data di nascita)

Luogo e Data _____

FIRMA

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del
dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di
identità del sottoscrittore.

MODULO PER SOCIO NON FARMACISTA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

Il/La sottoscritto/a _____,
ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali cui
può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e di falsità in atti, secondo quanto previsto
dall'art. 76 dello stesso D.P.R.,

DICHIARA

- 1) di essere nato/a a _____ il _____;
- 2) di aver il seguente numero di codice fiscale: _____;
- 3) di essere residente a _____ Prov. _____
in Via _____;
- 4) di essere cittadino/a italiano/a;
- 5) di godere dei diritti civili e politici;
- 6) di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario/a di provvedimenti che
riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti
amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- 7) di non essere a conoscenza di essere sottoposto/a a procedimenti penali;
- 8) di non essere in alcuna delle condizioni d'incompatibilità previste dall'art. 8 della legge 8
novembre 1991 n. 362 e s.m.i.;
- 9) che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di
cui all'art. 67 del D. Lgs. n. 159/2011 e di non essere a conoscenza dell'esistenza di tali
cause nei confronti dei propri familiari conviventi di maggiore età di seguito elencati:
(Cognome e nome – Luogo e data di nascita)

Luogo e Data _____

FIRMA

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del
dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di
identità del sottoscrittore.