azienda sanitaria locale
matera

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 in forma individuale.

Il /La sottoscritto/a Dr. _____, a seguito di atto notarile attestante la cessione della farmacia _____ corrente in _____ in Via _____

CHIEDE

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

A tal fine, 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 DPR,

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;

PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

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. 13 della legge 2 aprile 1968 n. 475 e s.m.i.;
13) di non essere socio/a di alcuna società titolare di farmacia privata;
14) relativamente a precedenti titolarità:
    - ❑ di non essere mai stato/a titolare di farmacia e, quindi, di non aver mai venduto né acquistato farmacia prima d'ora;
    - ❑ di aver trasferito in data _____ la titolarità della propria farmacia correlativa alla sede n. _____ del Comune di _____ Prov. _____;
15) che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza, o di sospensione di cui all'art. 10 della legge 31 maggio 1965, n. 575.

Si allegano alla presente i seguenti documenti:

1) originale o copia conforme dell'atto notarile di trasferimento della farmacia (compravendita, donazione, successione) registrato;
2) ricevuta di versamento della tassa di concessione regionale nella misura prevista dalla vigente normativa (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) certificato di agibilità o richiesta inoltrata al Comune;
    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 (non necessario se sede unica);
    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 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.

PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com