



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;

- 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.