

Modulo 8/FF/SS Vigilanza – Facsimile modulo per autorizzazione apertura dispensario farmaceutico

Alla c.a.
Dirigente della
S.S. Vigilanza su Erogazione
Assistenza Farmaceutica
presso
S.S. ASSISTENZA
FARMACEUTICA
Assistenza Farmaceutica
Territoriale Strada della
Rosandra, 24 34143 –
TRIESTE

modalità invio: Raccomandata A.R./Nota via PEC/Notifica a mano

Oggetto: Istanza per autorizzazione apertura dispensario farmaceutico

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____ C.F. _____
nato/a _____ il _____ e residente a
_____ in Via _____ n. _____
Recapito Tel: _____ titolare della Società/
della Farmacia _____

CHIEDE

l'autorizzazione all'apertura sotto la propria responsabilità del dispensario
farmaceutico con sede in _____ via _____
con decorrenza prevista dal _____ per il periodo

A tal fine, avvalendosi della facoltà di cui all'art. 47 del D.P.R. n.445/2000,
consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, della decadenza dal beneficio
prevista dall'art. 75, in caso di dichiarazioni mendaci, e di quanto disposto dall'art.
495 del C.P., sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- che il dispensario funzionerà con la denominazione " _____ " con la seguente ragione sociale _____ P. IVA/Cod./Codice Fisc. _____ IBAN _____
- che il dr. / dr.ssa ovvero il/la sottoscritt_ _____ nato/a a _____ il _____ e residente a _____ in Via _____ N° _____
 1. risulta essere iscritto all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di _____ in data _____ al numero _____;

ALLEGARE ALLA PRESENTE ISTANZA:

- Fotocopia del documento di identità;
- Originale o copia conforme della planimetria dei locali del dispensario depositata in Comune;
- Originale o copia conforme agibilità dei locali del dispensario

(luogo e data)

Il/la richiedente*

_____ (firma per esteso e leggibile)

**se la firma non viene apposta in presenza del dipendente addetto, occorre allegare una fotocopia di un documento d'identità (art. 38 co. 3 D.P.R. n. 445/2000)*

INFORMATIVA ALL'INTERESSATO AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. LGS. N. 196/2003

Si informa che i dati personali acquisiti nell'ambito del presente procedimento saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali, anche con l'ausilio di mezzi informatici. Il loro conferimento ha natura obbligatoria in quanto la mancanza comporta il mancato accoglimento della domanda.

Eventuali comunicazioni ad altri soggetti saranno effettuate solo se previste da norme di legge o necessarie per fini istituzionali.

L'interessato potrà esercitare in ogni momento i diritti riconosciutigli dall'art. 7 del D. Lgs. n. 196/2003.

Titolare del trattamento è l'A.S.U.I. di TRIESTE, Responsabile del Trattamento è il Direttore Generale della A.S.U.I. di Trieste

SEGNALAZIONE RELATIVAMENTE AI CONTROLLI AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000

Si informa che relativamente a quanto dichiarato potranno essere effettuati controlli da parte dell'Azienda secondo quanto previsto dal D.P.R. 445/2000 e s.m.i.

Modulo 8/FF/SS Vigilanza

SEDE LEGALE ASUGI: Via Costantino Costantinides, 2

34128 Trieste (TS) Parco di San Giovanni

Centralino: 040 3991111 Fax: 040 399 5113

C.F. e P. IVA 01337320327

asugi.sanita.fvg.it – pec: asugi@certsanita.fvg.it

Pagina 2 di 2