

Modulo 6/FF/SS Vigilanza – Facsimile modulo per autorizzazione gestione provvisoria causa mortis

Alla c.a. Dirigente della
S.S. Vigilanza sulla Erogazione della
Assistenza Farmaceutica

presso
SC 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 la presa d'atto per l'autorizzazione gestione provvisoria mortis causa

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

CHIEDE

di essere autorizzato alla gestione provvisoria mortis causa della Farmacia "" a seguito del decesso del dr. _____ con decorrenza dal _____ entro i termini d' legge

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 la farmacia funzionerà con la denominazione Farmacia ""

con la seguente ragione sociale (nuova denominazione come registrata presso l'Agenzia delle Entrate): _____

P. IVA/Cod./Codice _____ Fisc. _____ coordinate bancarie _____

- che il dr./dr.ssa _____ ricoprirà la funzione di Direttore Tecnico Responsabile e che
 1. risulta essere iscritto all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di _____ in data _____ al numero _____;
 2. non ha alcun altro rapporto di lavoro pubblico o privato;
 3. non è titolare, gestore provvisorio, direttore o collaboratore di altra farmacia;
 4. non esplica alcuna altra attività nel settore della produzione, distribuzione, intermediazione ed informazione scientifica del farmaco, dalla data di autorizzazione all'esercizio;
 5. gode dei diritti civili e politici ed ha la cittadinanza italiana;
 6. non ha riportato condanne penali, non è coinvolto in carichi pendenti né ha sentenze definitive o non definitive, né procedimenti in corso in riferimento al D.P.R. 252/1998 (certificato antimafia)
- che i dati relativi anagrafici e fiscali degli eredi sono i seguenti: nome, data e comune di nascita, residenza, codice fiscale, parentela

ALLEGARE ALLA PRESENTE ISTANZA:

- Copia conforme dell'atto di successione (gestione ereditaria);
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio relativo al decesso del titolare
- Autocertificazione possesso titoli per esercizio professione farmacista (art. 46 T.U. – D.P.R. 445/2000) (Mod.10/FF/SS VIGILANZA);
- Autocertificazione possesso requisiti per idoneità titolarità di farmacia (Mod.11/FF/SS VIGILANZA);
- Dichiarazione sostitutiva attestante assenza cause di divieto, decadenza o sospensione di cui alla normativa antimafia (Mod.12/FF/SS VIGILANZA);
- Fotocopia del documento di identità del richiedente;
- Copia iscrizione Camera di Commercio
- dichiarazione da parte degli eredi che non pendono liti in merito alla successione e altre eventuali comunicazioni relative alla gestione ereditaria della successione

(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 ASUGI, Responsabile del Trattamento è il Direttore Generale di ASUGI.

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.