

Modulo 2/FF/SS Vigilanza – Facsimile modulo per autorizzazione al trasferimento titolarità della Farmacia (da persona fisica a persona fisica)

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 di autorizzazione al trasferimento titolarità della Farmacia _____.

Il/La sottoscritto/a nato/a _____ il _____
residente a _____ C.F. _____
Titolare/Direttore Responsabile della Farmacia _____
Con sede a _____ in via _____ n. civico _____
Iscrizione alla Camera di Commercio n° _____ C.F./P. IVA. _____
Tel. _____ Fax _____ Indirizzo e-mail _____
indirizzo PEC _____

ai sensi dell'art. 12 L. 475 del 02/04/1968 al fine del trasferimento di
titolarità della Farmacia _____

CHIEDE

l'autorizzazione a seguito di provvedimento di riconoscimento della titolarità della
farmacia _____ a nome del dr./dr.ssa _____
con sede legale a _____ in Via _____

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, unitamente al diritto di esercizio, viene trasferita anche, ai sensi dell'art. 12 comma 11 della Legge 475/1968, l'azienda commerciale che vi è connessa;
- 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 la funzione di Direttore Tecnico Responsabile sarà ricoperta dal dr./dr.ssa _____ nato/a _____ a _____ il _____ e residente a _____ in _____ Via _____ N° _____ e che _____

DICHIARA

1. di essere iscritto all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di _____ in data _____ al numero _____;
2. che non vi sono incompatibilità ai sensi dell'art. 8 della Legge 362/81;
3. che ha conseguito l'idoneità alla titolarità prevista;
4. che gode dei diritti civili e politici ed ha la cittadinanza italiana;
5. che 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).

ALLEGARE ALLA PRESENTE ISTANZA:

- Copia conforme dell'atto notarile registrato relativo al trasferimento di titolarità;
- 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 della comunicazione Partita IVA del nuovo titolare;
- Fotocopia del documento di riconoscimento

(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.