



Al DIRETTORE GENERALE  
Azienda per l'Assistenza Sanitaria n°2  
"Bassa Friulana-Isontina"  
Via Vittorio Veneto 174  
34170 GORIZIA

e, p.c., Al Direttore della SC Farmacia Unica Aziendale  
Via Vittorio Veneto 173  
34170 GORIZIA

**Oggetto: Domanda d'autorizzazione al trasferimento della titolarità di farmacia per cambio società.**

**INFORMATIVA EX ART. 13 DEL D.LGS. N. 196/2003 – PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI –**  
NEL COMPILARE QUESTO MODELLO DI ISTANZA, COME ANCHE PER LA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA IN ALLEGATO, LE CHIEDEREMO DI FORNIRE DATI PERSONALI CHE SARANNO TRATTATI DALL'AMMINISTRAZIONE NEL RISPETTO DEI VINCOLI E DELLE FINALITÀ PREVISTE DAL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (D.L.GS 196/2003). IL TRATTAMENTO AVVERRÀ NELL'AMBITO DELLE FINALITÀ ISTITUZIONALI DELL'AMMINISTRAZIONE E PERTANTO LA VIGENTE NORMATIVA NON RICHIEDE UNA ESPLICITA MANIFESTAZIONE DEL SUO CONSENSO. IN OGNI CASO LEI POTRÀ ESERCITARE I DIRITTI RICONOSCIUTI DALL'ART. 7 DEL DECRETO E LE ALTRE FACOLTÀ CONCESSE DALLA VIGENTE NORMATIVA.

<b>RICHIEDENTE</b>	La società (Ragione Sociale/Denominazione) _____ _____
	P.I./CF _____ sede legale _____ _____ nella persona del sottoscritto rappresentante legale (nome, cognome, data e luogo di nascita) _____ _____
	consapevole di quanto disposto dalla normativa vigente in materia

**CHIEDE**

<b>FARMACIA</b>	il riconoscimento della titolarità della farmacia _____ _____
	Sede n. ____ del Comune di _____ denominazione precedente _____ ubicata in via _____ _____ n° _____, a partire dal _____, con la denominazione _____
	In proposito comunica che la direzione tecnico-professionale è affidata al farmacista Dr./Dr.ssa _____, nato/a _____ il _____, che è in possesso dei requisiti di legge previsti e dichiara di assumersi tutte le responsabilità inerenti l'incarico.
	Luogo e Data _____ _____ Firma per accettazione Il Direttore Responsabile incaricato _____

**A tal fine allega la seguente documentazione:**

- Copia autentica dell'atto costitutivo della società;
- Copia autentica dello statuto della società dalla quale si desume che ha come oggetto esclusivo la gestione di farmacie;
- Estremi di iscrizione della società al Pubblico Registro delle Imprese e Partita IVA;
- Copia autentica dell'atto pubblico di trasferimento negoziale o per la costituzione societaria;
- Marca da Bollo secondo tariffa vigente per il rilascio di copia conforme della determina di autorizzazione;
- Fotocopia dell'attribuzione del numero di partita IVA;
- Per il Direttore Responsabile incaricato, attestazione del possesso dei requisiti di studio, iscrizione all'Ordine e del requisito dell'idoneità previsto dall'articolo 12 della legge 2 aprile 1968, n. 475, e successive modificazioni (modulo n. 1);
- Per le nuove sedi, proposta orario settimanale della farmacia.

**Per ciascuno dei soci:**

- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio concernente la normativa antimafia (modulo n. 2);
- Dichiarazione dalla quale emerga l'assenza di incompatibilità (modulo n. 3);
- Dichiarazione sostitutiva di Certificazione penale (modulo n. 4);
- Fotocopia carta d'identità in corso di validità;
- Fotocopia del codice fiscale.

In caso di positivo accoglimento della presente informa che:

- la pec è la seguente: \_\_\_\_\_
- la e-mail è la seguente: \_\_\_\_\_
- le coordinate bancarie ai fini dei pagamenti da effettuare a proprio favore sono le seguenti:

Banca \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

DENOMINAZIONE DEL CONTO CORRENTE \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del legale rappresentante

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.L.vo n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del Procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del legale rappresentante

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

*(ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)*

Il/La sottoscritto/a Direttore responsabile incaricato \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Codice Fiscale n. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_,

consapevole della propria responsabilità penale, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n°445, nel caso di dichiarazioni mendaci, formazione ed uso di atti falsi, e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000)

**DICHIARA**

- di essere in possesso della laurea in \_\_\_\_\_ conseguita presso l'Università di \_\_\_\_\_ nell'anno accademico \_\_\_\_\_;
- di essere abilitato all'esercizio della professione di \_\_\_\_\_ avendo superato l'esame di Stato presso l'Università di \_\_\_\_\_ nell'anno \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all'Albo provinciale dell'Ordine dei farmacisti di \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_;
- di essere residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_;
- che il proprio Codice Fiscale è il seguente \_\_\_\_\_;

di aver conseguito l'idoneità alla titolarità

ovvero

di aver esercitato la pratica professionale per almeno due anni presso le seguenti farmacie in qualità di:

COLLABORATORE	DIRETTORE
Farmacia _____	Farmacia _____
Via _____ n. _____	Via _____ n. _____
Località _____	Località _____
dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> T.pieno / <input type="checkbox"/> T.parziale	dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> T.pieno / <input type="checkbox"/> T.parziale
dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> T.pieno / <input type="checkbox"/> T.parziale	dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> T.pieno / <input type="checkbox"/> T.parziale

Farmacia _____ Via _____ n. _____ Località _____ dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> T.pieno / <input type="checkbox"/> T.parziale dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> T.pieno / <input type="checkbox"/> T.parziale	Farmacia _____ Via _____ n. _____ Località _____ dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> T.pieno / <input type="checkbox"/> T.parziale dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> T.pieno / <input type="checkbox"/> T.parziale
Farmacia _____ Via _____ n. _____ Località _____ dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> T.pieno / <input type="checkbox"/> T.parziale dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> T.pieno / <input type="checkbox"/> T.parziale	Farmacia _____ Via _____ n. _____ Località _____ dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> T.pieno / <input type="checkbox"/> T.parziale dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> T.pieno / <input type="checkbox"/> T.parziale
Farmacia _____ Via _____ n. _____ Località _____ dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> T.pieno / <input type="checkbox"/> T.parziale dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> T.pieno / <input type="checkbox"/> T.parziale	Farmacia _____ Via _____ n. _____ Località _____ dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> T.pieno / <input type="checkbox"/> T.parziale dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> T.pieno / <input type="checkbox"/> T.parziale

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.L.gs n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
(ai sensi del DPR 445 del 28.12.2000 e successive modifiche)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Codice Fiscale n. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_,

consapevole della propria responsabilità penale, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n°445, nel caso di dichiarazioni mendaci, formazione ed uso di atti falsi, e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000)

**DICHIARA**

- che nei propri confronti non sussistono cause di divieto, sospensione o decadenza previste dall'art. 67 del D.lgs. 6/9/2011 n. 159 (Codice antimafia);

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.L.gs n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Codice Fiscale n. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_,

consapevole della propria responsabilità penale, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n°445, nel caso di dichiarazioni mendaci, formazione ed uso di atti falsi, e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000)

**DICHIARA**

- di non svolgere qualsiasi altra attività svolta nel settore della produzione e informazione scientifica del farmaco, nonché con l'esercizio della professione medica;
- di non essere titolare, gestore provvisorio, direttore o collaboratore di altra farmacia;
- di non avere alcun rapporto di lavoro pubblico e privato.
- di essere residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_;
- che il proprio Codice Fiscale è il seguente \_\_\_\_\_;

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.L.gs n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE***(ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Codice Fiscale n. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_,

consapevole della propria responsabilità penale, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n°445, nel caso di dichiarazioni mendaci, formazione ed uso di atti falsi, e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000), sulla richiesta di medesimo per uso amministrativo (art. 689 comma 2 lett. A C.P.P)

**DICHIARA**

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario 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;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali, ovvero di avere i seguenti procedimenti penali in corso \_\_\_\_\_;

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.L.gs n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_