



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

E p.c. Al Responsabile della SS
Area Farmaceutica Territoriale
Via Vittorio Veneto, 173
34170 GORIZIA

Al Direttore del
Dipartimento di Prevenzione
Via Vittorio Veneto, 173
34170 GORIZIA

Oggetto: DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALL'APERTURA DELLA FARMACIA A SEGUITO DI ASSEGNAZIONE MEDIANTE CONCORSO PUBBLICO REGIONALE PER TITOLI PER L'ASSEGNAZIONE DI SEDI FARMACEUTICHE DISPONIBILI PER IL PRIVATO ESERCIZIO, AI SENSI DELL' ART. 11 DL 24 GENNAIO 2012 N. 1 CONVERTITO CON MODIFICAZIONI NELLA LEGGE 24 MARZO 2012 N. 27, INDETTO DALLA REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA CON DGR N. 42/2013.

I sottoscritti:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in Via _____ n. ____

Codice Fiscale _____

e

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in Via _____ n. ____

Codice Fiscale _____

e

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in Via _____ n. ____

Codice Fiscale _____

Consapevoli delle proprie responsabilità penali, 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);

in riferimento al concorso pubblico per l'assegnazione di sedi farmaceutiche disponibili per il privato esercizio indetto dalla Regione Friuli Venezia Giulia - DGR N. 42/2013 in qualità di assegnatari della sede farmaceutica n. ___ del Comune di _____ nel n. ... interpello; e avendo accettato in data _____ protocollo n. _____ (*inserire i dati DELLA RICEVUTA DI ACCETTAZIONE DELLA SEDE ASSEGNATA rilasciata dalla piattaforma tecnologica e applicativa unica*)

CHIEDONO

ai sensi delle vigenti disposizioni di legge il riconoscimento della titolarità della sede n. ___ del Comune di _____ alla società denominata: _____

P.IVA _____ CODICE FISCALE _____

sita in Via _____ nel Comune di _____

con decorrenza dal _____ e l'autorizzazione all'apertura ed all'esercizio della farmacia denominata _____

nei locali ubicati in via _____ n. _____;

N. Iscrizione CCIAA: _____;

DICHIARANO

- di aver stipulato l'atto costitutivo della società redatto dal dott. _____ Notaio in _____ repertorio n. _____ raccolta n. _____ registrato in _____ al n. _____ in data _____ nel rispetto di quanto previsto dagli artt. 7 e 8 della Legge 362/1991, dall'art. 11, comma 7 del DL n.1/2012 e s.m.i., e di essere a conoscenza che: *“Ove i candidati che concorrono per la gestione associata risultino vincitori, la titolarità della farmacia è assegnata condizionata al mantenimento della gestione associata da parte degli stessi vincitori, su base paritaria, per un periodo di TRE ANNI, fatta salva la premorienza o sopravvenuta incapacità, pena la perdita della titolarità della farmacia”;*
- che nei confronti della società non sussistono cause di divieto, sospensione o decadenza previste dall'art. 67 del D.Lgs. 06/09/2011 n. 159 (codice antimafia);
- che, ai sensi dell'art. 7 comma 3 Legge 362/91, la direzione tecnico-professionale è affidata al farmacista Dr./Dr.ssa _____, nato/a a _____ il _____, regolarmente iscritto/a all'Albo provinciale dell'Ordine dei farmacisti

di _____ al n. _____; in possesso dei requisiti di legge previsti e che dichiara di assumersi tutte le responsabilità inerenti l'incarico.

Il Direttore Responsabile incaricato

Firma per accettazione

A tal fine presentano la seguente documentazione:

- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio, atta a comprovare per il dichiarante l'assenza di situazioni di incompatibilità per ciascuno dei soci (**modulo n. 1**);
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione atta a comprovare l'iscrizione all'Albo Provinciale dei Farmacisti con estremi di Laurea e Abilitazione, la residenza ed il Codice Fiscale per ciascuno dei soci (**modulo n. 2**);
- Fotocopia della carta d'identità per ciascuno dei soci;
- Fotocopia del codice fiscale per ciascuno dei soci;

- Indicazione degli estremi dei locali della farmacia (**modulo n. 3**: da presentare presso la SS Area farmaceutica territoriale entro 30 giorni dall'assegnazione della sede, *ai sensi dell'art. 9 DPR 21 agosto 1971, n. 1.275*);
- Richiesta vidimazione registro stupefacenti o comunicazione di utilizzo registro stupefacenti di tipo informatizzato (**modulo n. 4**).
- Proposta orario settimanale della farmacia ai sensi della vigente normativa nazionale e regionale (LR 59/1981), (**modulo n. 5**).

- Copia originale o copia autentica e registrata dell'atto notarile attestante l'istituzione della società e il relativo statuto;
- Certificato di avvenuta iscrizione della attività alla Camera di Commercio;
- Marca da bollo da € 16,00 per il rilascio della copia autentica della Determinazione dirigenziale di autorizzazione all'apertura e al riconoscimento della titolarità;
- Copia della ricevuta di versamento della tassa annuale di ispezione relativa all'anno in corso;
- Perizia tecnica asseverata (redatta esclusivamente da un tecnico abilitato regolarmente iscritto al proprio albo professionale, ad es. Ingegnere, Geometra, Perito edile) atta a comprovare che i locali scelti sono:
 - ubicati nell'ambito della sede farmaceutica prevista dalla pianificazione territoriale vigente e assegnata dal bando di concorso straordinario indetto dalla Regione Friuli Venezia Giulia DGR N. 42/2013;
 - distanti non meno di 200 mt dalla più vicina farmacia, con misurazione da soglia a soglia per la via pedonale più breve ai sensi dell'art. 1 Legge 362/1991 (nel caso di criterio topografico distanti 3.000 mt dalle farmacie esistenti anche se ubicate in Comuni diversi ai sensi dell'art. 104 comma 1, T.U.L.S. n. 1265/1934, come sostituito dall'art. 2, Legge n. 362/1991).

Il legale rappresentante si impegna inoltre, al fine di consentire l'espletamento dell'istruttoria necessaria al rilascio dell'autorizzazione, a trasmettere la comunicazione di disponibilità dei locali per l'ispezione preventiva con la documentazione indicata nel modulo (**modulo n. 6**).

In caso di positivo accoglimento della presente informa che le coordinate bancarie ai fini dei pagamenti da effettuare a proprio favore sono le seguenti:

Banca _____

Indirizzo _____

CAB _____ ABI _____ N.CONTO _____

IBAN _____

Luogo e data _____

Firma di ogni socio:

Informativa ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003, coordinato con il D.Lgs 101/2018:

I dati forniti verranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla procedura per cui sono raccolti;

Il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;

Il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura;

Titolare del Trattamento dei dati personali è l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.2 "Bassa Friulana - Isontina" - via Vittorio Veneto. 174. 34170 Gorizia (GO).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(ai sensi del DPR 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii.)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____ Codice Fiscale n. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

residente a _____ via _____,

indirizzo di posta elettronica/posta elettronica certificata (PEC)

assegnatario/a della sede farmaceutica n. _____ sita nel Comune di _____
_____ vinta mediante il concorso straordinario indetto con
DGR n. 42/2013 ai sensi del DL 1/2012 e convertito con modificazioni dalla L.27/2012, già

titolare della farmacia rurale sussidiata _____;

ovvero

socio della società titolare di farmacia rurale sussidiata _____;

ovvero

non titolare di farmacia,

ovvero

titolare della farmacia soprannumeraria _____;

ovvero

titolare di esercizio di cui all'art. 5, comma.1 del DL n. 223/2006 _____;

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle conseguenze e delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del suddetto D.P.R. in caso di dichiarazioni false o comunque non corrispondenti al vero, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

1. 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 ovvero di avere riportato condanne penali per le seguenti fattispecie di reato

_____;

2. di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali, ovvero di avere i seguenti procedimenti penali in corso _____;
3. 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);
4. di non avere quote societarie in altre società aventi ad oggetto la gestione di farmacie ovvero
 di essere socio della società _____
avente ad oggetto la gestione della/e farmacia/e _____
con sede legale a _____ nella regione _____ .
di ricoprire, all'interno della suddetta farmacia, il ruolo di
 direttore responsabile e di cessare il rapporto di lavoro entro il _____;
 collaboratore e di cessare il rapporto di lavoro entro il _____;
 socio senza funzioni operative
5. di essere titolare della farmacia _____ nel Comune di _____ e di aver trasferito la titolarità in data _____;
6. ai sensi dell'articolo 8 della Legge n. 362/91 e s.m.i. di non espletare alcuna attività nel settore della produzione e informazione scientifica del farmaco, di non essere titolare, gestore provvisorio, direttore o collaboratore di altra farmacia, di non avere alcun rapporto di lavoro pubblico o privato;
7. ai sensi dell'articolo 13 della Legge n. 475/68 di non ricoprire posti di ruolo nella amministrazione dello Stato, compresi quelli di assistente e titolare di cattedra universitaria, e di enti locali o comunque pubblici;
8. di non essere direttore tecnico di officine farmaceutiche ai sensi dell'art. 52 D.Lgs. n. 219/06 e di non espletare altre professioni o arti sanitarie ai sensi art. 102 TULS RD 27 Luglio 1934 n.1265;
9. in caso di incompatibilità di cui ai precedenti punti 6, 7, 8, di aver rinunciato all'impiego di _____
tramite lettera di dimissioni di cui allega copia;
10. di non aver ceduto la propria farmacia negli ultimi dieci anni ai sensi dell'art.12, comma 4 Legge n. 475/1968;

11. di aver mantenuto successivamente all'interpello tutti i requisiti, per quanto compatibili, richiesti per l'ammissione al concorso straordinario ai sensi dell'art. 11, comma 3 del DL n.1/2012 nonché all'art. 2 del bando di concorso straordinario FVG indetto con DGR n. 42/2013;
12. di non aver partecipato al concorso per l'assegnazione di sedi farmaceutiche in altra regione ovvero di aver partecipato nella Regione _____ e, in caso di vincita, di aver rinunciato alla sede in data _____ (allego copia di dichiarazione di rinuncia con comprovato avviso di ricezione).

Luogo e data _____

Firma* _____

Informativa ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003, coordinato con il D.Lgs 101/2018:

I dati forniti verranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla procedura per cui sono raccolti;

Il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;

Il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura;

Titolare del Trattamento dei dati personali è l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.2 "Bassa Friulana - Isontina" - via Vittorio Veneto, 174, 34170 Gorizia (GO).

*Ai sensi dell'art 38 del D.P.R. 445/2000, le istanze e le dichiarazioni sostitutive di certificazione e quelle sostitutive di atto notorio, da produrre agli organi della amministrazione pubblica, sono sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del/i sottoscrittore/i della domanda.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

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

Il sottoscritto _____, nato/a a _____
 il _____ e residente a _____ in via _____
 in qualità di socio della Società denominata _____
 con sede legale in _____ via/p.zza _____ n. _____
 al fine del rilascio dell'autorizzazione all'apertura della Farmacia _____
 con sede a _____ in via/p.zza _____ n. _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR 445/2000 e la decadenza dai benefici conseguenti:

- 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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.

Luogo e data _____

Firma* _____

Informativa ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003, coordinato con il D.Lgs 101/2018:
 I dati forniti verranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla procedura per cui sono raccolti;
 Il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;
 Il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura;
 Titolare del Trattamento dei dati personali è l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.2 "Bassa Friulana - Isontina" - via Vittorio Veneto, 174, 34170 Gorizia (GO).

*Ai sensi dell'art 38 del D.P.R. 445/2000, le istanze e le dichiarazioni sostitutive di certificazione e quelle sostitutive di atto notorio, da produrre agli organi della amministrazione pubblica, sono sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del/i sottoscrittore/i della domanda.

INDICAZIONE DEGLI ESTREMI DEI LOCALI DELLA FARMACIA
(ai sensi dell'art. 9 D.P.R. 21 agosto 1971, n. 1275)

Il sottoscritto _____
in qualità di legale rappresentante/direttore tecnico della farmacia _____

DICHIARA

che i locali della farmacia si collocano nella zona prevista dalla delibera di giunta comunale n.
_____ del Comune di _____, verosimilmente in via
_____ n° _____ .

Luogo e data _____

Firma* _____

*Ai sensi dell'art 38 del D.P.R. 445/2000, le istanze e le dichiarazioni sostitutive di certificazione e quelle sostitutive di atto notorio, da produrre agli organi della amministrazione pubblica, sono sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del/i sottoscrittore/i della domanda.

MODULO DA TRASMETTERE ALLA SS AREA FARMACEUTICA TERRITORIALE ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DI ASSEGNAZIONE DELLA SEDE.

**RICHIESTA VIDIMAZIONE REGISTRO ENTRATA E USCITA
SOSTANZE STUPEFACENTI**

(ai sensi dell'art. 60 D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modifiche)

Il sottoscritto _____

in qualità di legale rappresentante/direttore tecnico della farmacia _____

Recapito telefonico _____ Indirizzo PEC _____

CHIEDE

la vidimazione del registro di entrata e uscita sostanze stupefacenti di cui all'art. 60, comma 1, del DPR 309/90 e successive modifiche, che si consegna a mano.

Luogo e data _____

Firma* _____

Informativa ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003, coordinato con il D.Lgs 101/2018:

I dati forniti verranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla procedura per cui sono raccolti;

Il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;

Il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura;

Titolare del Trattamento dei dati personali è l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.2 "Bassa Friulana - Isontina" - via Vittorio Veneto, 174, 34170 Gorizia (GO).

*Ai sensi dell'art 38 del D.P.R. 445/2000, le istanze e le dichiarazioni sostitutive di certificazione e quelle sostitutive di atto notorio, da produrre agli organi della amministrazione pubblica, sono sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del/i sottoscrittore/i della domanda.

PROPOSTA DEGLI ORARI DI APERTURA E DEL GIORNO DI RIPOSO
(ai sensi della L.R. 2 settembre 1981, n. 59 e successive modifiche)

Il sottoscritto _____

in qualità di legale rappresentante/direttore tecnico della farmacia _____

Recapito telefonico _____ Indirizzo PEC _____

DICHIARA

che gli orari previsti di apertura della farmacia sono i seguenti:

	Orario Invernale		Orario Estivo	
	Mattina	Pomeriggio	Mattina	Pomeriggio
Lunedì				
Martedì				
Mercoledì				
Giovedì				
Venerdì				
Sabato				
Domenica				

Il giorno di riposo (*facoltativo*) è il seguente: _____

Luogo e data _____

Firma* _____

Informativa ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003, coordinato con il D.Lgs 101/2018:

I dati forniti verranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla procedura per cui sono raccolti;

Il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;

Il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura;

Titolare del Trattamento dei dati personali è l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.2 "Bassa Friulana - Isontina" - via Vittorio Veneto, 174, 34170 Gorizia (GO).

*Ai sensi dell'art 38 del D.P.R. 445/2000, le istanze e le dichiarazioni sostitutive di certificazione e quelle sostitutive di atto notorio, da produrre agli organi della amministrazione pubblica, sono sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del/i sottoscrittore/i della domanda.

**DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ DEI LOCALI PER L'ISPEZIONE PREVENTIVA
LOCALI FARMACIA**

(ai sensi dell'art. 111 R.D. 1265/1934)

Il sottoscritto _____
in qualità di legale rappresentante/direttore tecnico della farmacia _____
ubicata in via _____ a _____,
in riferimento all'istanza presentata in data _____,

COMUNICA

la disponibilità dei locali per l'ispezione preventiva a decorrere dal _____

ALLEGA

- Planimetria dei locali datata e firmata in originale da tecnico abilitato, in scala 1:100, con indicati i rapporti aereo-illuminanti e sezioni (si allegherà altra documentazione per eventuale adeguamento ai regolamenti locali di igiene);
- Documentazione utile a dimostrare l'avvenuta regolarizzazione dal punto di vista edilizio della struttura e delle eventuali opere interne eseguite (es. Certificato di Agibilità, S.C.I.A. edilizia, Certificato di Collaudo di fine Lavori, Comunicazione Attività Edilizia Libera, ...);
- Contratto di locazione o di acquisto dei locali;
- Dichiarazione di conformità degli impianti: termico, idraulico, elettrico ai sensi della normativa vigente in materia;
- Relazione tecnica dell'impianto di condizionamento e/o di areazione;
- Dichiarazione di rispetto delle disposizioni in materia di superamento delle barriere architettoniche;

- Dichiarazione di rispetto delle disposizioni relative alle norme di igiene e sicurezza sul lavoro ai sensi della normativa vigente in materia;
- Certificato di prevenzione degli incendi o dichiarazione di non assoggettamento ai controlli di prevenzione incendi.

Luogo e data _____

Firma* _____

Informativa ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003, coordinato con il D.Lgs 101/2018:

I dati forniti verranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla procedura per cui sono raccolti;

Il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;

Il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura;

Titolare del Trattamento dei dati personali è l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.2 "Bassa Friulana - Isontina" - via Vittorio Veneto, 174, 34170 Gorizia (GO).

*Ai sensi dell'art 38 del D.P.R. 445/2000, le istanze e le dichiarazioni sostitutive di certificazione e quelle sostitutive di atto notorio, da produrre agli organi della amministrazione pubblica, sono sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del/i sottoscrittore/i della domanda.