|  |  |
| --- | --- |
|  | Spett.le  Agenzia Tutela della Salute della Città Metropolitana di Milano  UOC Vigilanza Farmaceutica  UOS Vigilanza Ispettiva Farmaceutica (specificare articolazione territoriale Milano città/ Milano est/ Milano ovest) |
| **OGGETTO: Domanda di riconoscimento della variazione nella modalità di gestione della farmacia comunale** | |

Il/la sottoscritto/a ……………………………………...…….………………………………………………….. nato/a a ……………..…..……………………………….….. il…………………………............... nella sua qualità

* di Sindaco pro-tempore del Comune di …………………………………………………avente sede in via …………………………………………………………………………………………….………….…... Codice fiscale …..………………………..…………………….e partita IVA ……………..………………
* legale rappresentante pro- tempore della società / azienda speciale ………………………………………………………………………………………………… avente sede in via ………………………………………..………………………………………………………………………. Codice fiscale ……………………….……………….e partita IVA …………………………………………

consapevole di quanto disposto dalla normativa vigente in materia,

**CHIEDE**

il riconoscimento della trasformazione della gestione della sede farmaceutica n. \_\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_\_\_ di cui risulta assegnatario dalla gestione precedente effettuata

* Diretta - in economia,
* a mezzo di azienda speciale
* altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (specificare)

ad un altro sistema di gestione (barrare la casella che interessa)

* consorzio tra comuni
* società di capitali
* altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (specificare)

A tal fine, allega la seguente documentazione:

1. Copia autentica della deliberazione comunale con cui viene stabilita la modalità di gestione della farmacia
2. Copia autentica dell’atto costitutivo della Società che gestirà la farmacia(con gli estremi della registrazione presso un ufficio dell’Agenzia delle Entrate)
3. Visura camerale relativa alla Società gestore (estratta nei tre mesi precedenti alla presentazione della presente richiesta);
4. Copia di eventuale atto autorizzativo in merito alla gestione precedente della farmacia;
5. Dichiarazione da parte della Società gestore della farmacia dei nominativi dei farmacisti che prestano servizio, le rispettive qualifiche (direttore responsabile e farmacisti collaboratori) e i giorni/orari di servizio (per ogni farmacista si prega indicare nome, cognome, numero iscrizione all’Albo professionale, data di decorrenza iscrizione, giorni/orari di servizio).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (Luogo e data) |  | (Firma del richiedente) |