**CARTA INTESTATA STRUTTURA RICHIEDENTE** Class. 02.09.03

|  |  |
| --- | --- |
|  | Spett.leAgenzia Tutela della Salute Città Metropolitana di MilanoUOC Vigilanza FarmaceuticaUOS Vigilanza Ispettiva Farmaceutica (specificare articolazione territoriale)Se trasmissione a mezzo PEC:**protocollogenerale@pec.ats-milano.it** |
| **OGGETTO: domanda d’autorizzazione all’apertura ed esercizio di Farmacia offerta in prelazione al Comune.** |

* GESTIONE DIRETTA

Il/la sottoscritto/a ……..…………...……………………………….. nato/a a ..………………..…..……………….. il …………………………... nella qualità di Sindaco pro-tempore del Comune di ……………….………..…, avente sede in via ……………………………………… Codice Fiscale ……………………..……………………. e partita IVA …...…………………………………………

* GESTIONE SOCIETARIA

La Società (Ragione Sociale / Denominazione) …………………………………………………………………… P.I./C.F. ………………………………… sede legale ………………………………………………………………….. nella persona del sottoscritto rappresentante legale ……………………………………………………………. nato a ………………………………….. il ……………………………..., cod.fisc. ……………………………………

* CONCESSIONARIO DEL SERVIZIO

Il/la sottoscritto/a ……..…………...……………………………….. nato/a a ..………………..…..……………….. il …………………………..., C.F. …………………………… nella qualità di aggiudicatario della concessione del servizio di gestione della farmacia comunale del Comune di ……………………….…….………..…,

ovvero

la Società (Ragione Sociale / Denominazione) …………………………………………………………………… P.I./C.F. ………………………………… sede legale ………………………………………………………………….. nella persona del sottoscritto rappresentante legale ……………………………………………………………. nato a ……………………..………………….. il ……………………………..., C.F.……………………………………

nella qualità di aggiudicataria della concessione del servizio di gestione della farmacia comunale del Comune di ……………………….…….………..…,

consapevole di quanto disposto dalla normativa vigente in materia,

**CHIEDE**

l’autorizzazione all’apertura e all’esercizio della Farmacia sede n.……….… del Comune di …………………………..…………… ubicata in via ………………………………….……………………. n. ……… ottenuta dal predetto Comune in prelazione dalla Regione Lombardia.

A tal fine, allega la seguente documentazione (annullare la parte che non interessa):

1. **se gestita in forma diretta dal Comune:**
* Copia dell’offerta di prelazione al Comune della sede farmaceutica da parte del Presidente della Giunta Regionale o suo delegato regionale (art. 2, comma 2°, Legge Regionale 46/1983);
* Copia del provvedimento comunale di accettazione della sede da parte del Comune (prelazione);
* Copia del provvedimento comunale con cui è stato bandito il concorso per l’assunzione del farmacista Direttore Responsabile (art. 10 L. n.475/1968 e ss.mm.ii.) e copia del provvedimento comunale di nomina del farmacista direttore responsabile;
1. **se affidata in gestione a società:**
* Copia del provvedimento comunale con cui è stata formalizzata/recepita una forma di gestione diversa dalla gestione in economia (art. 9 L. n.475/1968 e ss.mm.ii.);
* Dichiarazione sostitutiva del certificato di iscrizione alla camera di commercio industria artigianato agricoltura/visura camerale societaria non anteriore di 3 mesi;
* Copia del provvedimento di nomina del farmacista direttore responsabile;
1. **se affidata in concessione a terzo:**
* Copia del provvedimento comunale con cui è stata formalizzata/recepita una forma di gestione diversa dalla gestione in economia (art. 9 L. n.475/1968 e ss.mm.ii.);
* Copia del provvedimento comunale di aggiudicazione definitiva della concessione del servizio di gestione della farmacia comunale;
* Dichiarazione sostitutiva del certificato di iscrizione alla camera di commercio industria artigianato agricoltura/visura camerale societaria non anteriore di 3 mesi;
1. Ricevuta di versamento telematica tramite bollettino PagoPA <https://pagamentinlombardia.servizirl.it/pa/public/richiestaPagamentoSpontaneo.html?codTipo=RL_GSAT_RILASCIO>
2. Documentazione relativa al farmacista preposto alla direzione:
* Dichiarazione sostitutiva di certificazione del direttore tecnico della Farmacia, atta a comprovare l’iscrizione all’Albo Provinciale dei Farmacisti, il requisito dell’idoneità nonchè la residenza, e l’assenza di condanne penali (pag. 4);
* Dichiarazione sostitutiva di Certificazione antimafia (pag. 5);
* Copia documento identità + Codice Fiscale
1. Documentazione relativa ai locali della farmacia:
* Attestazione a firma del Sindaco o dell'Ufficio Tecnico del Comune atta a comprovare che i locali scelti sono:
	+ ubicati nell’ambito della sede farmaceutica prevista dalla pianta organica vigente;
	+ distanti almeno mt.200 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 almeno mt.3000 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);
* Planimetria dei locali prescelti, datata e firmata in originale da tecnico abilitato, in scala 1:100, con indicati: rapporti aereo-illuminanti, sezioni, superfici, destinazione d’uso dei vari locali/settori, vie di fuga;
* Relazione a firma di tecnico abilitato attestante che i locali della farmacia:
	+ sono in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di sicurezza antiinfortunistica, di igiene dei luoghi di lavoro (D.L.vo n. 81 del 09/04/2008 G.U. n. 101 del 30/4/2008: Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro e suoi decreti applicativi);
	+ sono in possesso dei requisiti in materia di superamento delle barriere architettoniche (L. 13/89 D.M. 236/89);
	+ sono in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti Leggi in materia di protezione antincendio;
	+ sono in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti Leggi in materia di protezione acustica;
	+ sono in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti Leggi in materia di protezione antisismica;
* Certificazione di conformità degli impianti presenti: elettrico, messa a terra, idraulico, condizionamento e delle apparecchiature utilizzate nell’esercizio della farmacia;
* Dichiarazione di agibilità o richiesta inoltrata al Comune;

**N.B.: la documentazione relativa alla parte edilizia, a discrezione dell’UOC Igiene e Sanità Pubblica dell’ATS competente per territorio, potrebbe essere soggetta ad integrazione con ulteriore documentazione in quanto la stessa sarà relazionata alla tipologia di attività oggetto di richiesta di valutazione**

1. Dichiarazione a firma del titolare/direttore del numero di addetti contemporaneamente presenti durante l’attività lavorativa in farmacia;
2. Proposta di orario settimanale della farmacia;
3. Se dovuta Imposta di bollo pari ad € 16,00 (tariffa in vigore) per presentazione dell’istanza, trasmettere ricevuta di pagamento tramite modulo F23
4. Se dovuta Imposta di bollo pari ad € 16,00 (tariffa in vigore) per il rilascio della copia conforme legale del Provvedimento di Autorizzazione all’apertura e all’esercizio tramite modulo F23;

**Informativa - Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. n.101/2018 e s.m.i., i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, pertanto si acconsente al trattamento degli stessi da parte di ATS della Città Metropolitana di Milano.**

**Il titolare del trattamento è l’ATS della Città Metropolitana di Milano, nei confronti della quale potranno essere esercitati in ogni momento i diritti di cui al citato d.lgs. n.101/2018 e s.m.i..**

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

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI**

**ART. 46 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N. 445**

**N.B.: il presente modulo deve essere compilato dal Direttore Responsabile**

Il/La sottoscritto/a……………………………………………………………………………………………………….

nato/a a………………………………………………………..il………………………………………………………..

residente a………………………………………......via……………………………………………………..n……….

consapevole delle sanzioni previste agli artt. 75 – 76 del D.P.R. n. 445/2000, in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,

**DICHIARA**

* di essere in possesso della Laurea in ………..........……..……………………………… conseguita presso

l’Università di ………………………………….………………………….....…. in data ….................................;

* di essere abilitato all’esercizio della professione di ……………………………………… avendo superato l’esame di stato presso l’Università di ……………………………..……………… nell’anno …………….……;
* di non essere titolare, né gestore provvisorio di farmacia, né direttore responsabile o collaboratore presso altra farmacia:
* di essere/di non essere socio della farmacia di cui assume la direzione;
* nel caso in cui non fosse socio, dichiara di non essere socio di altre società titolari di sede farmaceutica;
* di non essere Persona Responsabile di distributori di medicinali ad uso umano;
* di essere iscritto al n. ………..… dell’Albo provinciale dell’Ordine dei farmacisti di ………………………………………… a far data dal……………………;
* di non aver riportato condanne penali o di non essere destinatario/a 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 aver svolto almeno due anni di servizio effettuato presso le seguenti farmacie:
1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (farmacia, città, periodo)
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (farmacia, città, periodo)
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (farmacia, città, periodo)

oppure

di aver conseguito l’abilitazione alla titolarità in data …………………………. a seguito di concorso …………………………………………………………………………………………………

**Informativa - Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. n.101/2018 e s.m.i., i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, pertanto si acconsente al trattamento degli stessi da parte di ATS della Città Metropolitana di Milano.**

**Il titolare del trattamento è l’ATS della Città Metropolitana di Milano, nei confronti della quale potranno essere esercitati in ogni momento i diritti di cui al citato d.lgs. n.101/2018 e s.m.i..**

Luogo e data, …………………………………………….

 Il/La Dichiarante

……………………………………………………………….

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI**

**ART. 46 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N. 445**

**Autocertificazione nei casi di cui all’art. 89 del D.Lgs 159/2011**

**N.B.: il presente modulo deve essere compilato dal Direttore Responsabile**

\_l\_ sottoscritt\_ (nome e cognome) ……………………………………………………………………………………

nat\_ a ……………………………………………………………… Prov. ……….. il …………………………………. residente a …………………………………… via/piazza …………………………………………………….. n……

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che nei propri confronti non sussistono le cause di decadenza, di sospensione o di divieto di cui all’art. 67 del D.Lvo 06/09/2011, n. 159.

**Informativa - Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. n.101/2018 e s.m.i., i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, pertanto si acconsente al trattamento degli stessi da parte di ATS della Città Metropolitana di Milano.**

**Il titolare del trattamento è l’ATS della Città Metropolitana di Milano, nei confronti della quale potranno essere esercitati in ogni momento i diritti di cui al citato d.lgs. n.101/2018 e s.m.i..**

Luogo e data, …………………………………………….

 Il/La Dichiarante

……………………………………………………………….