|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Class. 02.09.03 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Marca da bollo cartacea € 16 ,00/ Marca da bollo telematica (art. 1, comma 596, L. 27.12.2013, n. 147)  se trasmessa via pec | | Spett.le  Agenzia Tutela della Salute  della Città Metropolitana di Milano  UOC Vigilanza Farmaceutica  UOS Vigilanza Ispettiva Farmaceutica (specificare articolazione territoriale)  Se trasmissione a mezzo PEC:  protocollo[generale@pec.ats-milano.it](mailto:generale@pec.ats-milano.it) |
| OGGETTO: **istanza di trasferimento titolarità di sede farmaceutica da parte di titolare persona fisica** | |

Il/la sottoscritto/a dr./dr.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F./P.IVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_, consapevole di quanto disposto dalla normativa vigente in materia,

**CHIEDE**

il riconoscimento a proprio nome della titolarità della farmacia sede n.\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ attualmente ubicata in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_

A tal fine allega la seguente documentazione:

1. Copia autentica dell’atto registrato sulla base del quale si chiede il trasferimento di titolarità (es: acquisto, donazione, ecc.)
2. Ricevuta di versamento telematica tramite bollettino PagoPA <https://pagamentinlombardia.servizirl.it/pa/public/richiestaPagamentoSpontaneo.html?codTipo=RL_GSAT_RILASCIO>;
3. Dichiarazione sostitutiva di atto notorio relativo alle incompatibilità (modulo n. 1);
4. Dichiarazione sostitutiva di certificazione comprovante l’iscrizione all’Albo Provinciale dei Farmacisti con estremi di Laurea e Abilitazione, la residenza e l’assenza di condanne penali (modulo n. 2);
5. Dichiarazione sostitutiva di Certificazione antimafia (modulo n. 3);
6. Copia Visura Camerale aggiornata;
7. Fotocopia carta d’identità del nuovo titolare + Fotocopia Codice Fiscale;

**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 del titolare) |

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ**

**ART. 19 E ART. 47 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N. 445**

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

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

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

e-mail …………………………………………………………….Cell. …………………………………………………..

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 non essere titolare né socio né gestore provvisorio di farmacia, né direttore responsabile o collaboratore presso altra farmacia

oppure

di essere stato titolare della farmacia sede n. ……… del Comune di …………………………….. e di aver trasferito la titolarità in data ……………………………..;

* di non esplicare attività nel settore della produzione e informazione scientifica del farmaco;
* di non esercitare la professione medica;
* di non essere in rapporto di lavoro subordinato con enti pubblici o privati.

**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**

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 essere iscritto al n. ………..… dell’Albo provinciale dell’Ordine dei farmacisti di ………………………………………… a far data dal……………………;
* 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**

\_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

……………………………………………………………….