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: Richiesta di prosecuzione in via provvisoria della gestione della sede farmaceutica n. ------ del Comune di …................................... da parte degli eredi del dott./dott.ssa….............................................................. ai sensi dell’art. 12 legge n. 475/1968** | |

Il/I sottoscritto/i

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cognome e nome | Luogo di nascita | Data di nascita |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

erede/i legittimi del Titolare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della Farmacia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. sede \_\_\_\_\_\_\_ ubicata in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ consapevole/i di quanto disposto dalla normativa vigente in materia,

**COMUNICA/NO**

L’intenzione di avvalersi del diritto alla prosecuzione in via provvisoria della sopraindicata farmacia (c.d. gestione ereditaria) dalla data del decesso del Titolare avvenuta il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ secondo i termini previsti dalla vigente normativa (al massimo mesi 6 dalla presentazione della dichiarazione di successione del de cuius, L. n.362/1991, art.7 e s.m.i.).

|  |
| --- |
| **COMUNICA/NO**  che la direzione è affidata per il periodo transitorio al/alla Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in possesso dei requisiti di legge, il/la quale assumerà tutte le responsabilità inerenti l’incarico. |

A tal fine, allega/no la seguente documentazione:

1. Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà rilasciata dall’erede ovvero da uno degli eredi concernente la data di morte del Titolare e la qualità di erede/i (modulo 1);
2. 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 (modulo 2);
3. Dichiarazione sostitutiva di Certificazione antimafia del direttore tecnico della Farmacia (modulo 3);
4. Fotocopia di documento identità + codice fiscale di ciascun erede;
5. (eventuale) Fotocopia di documento identità + codice fiscale del Direttore Responsabile (nel caso in cui non sia l’erede/uno degli eredi)

I sottoscritti si impegnano a produrre copia della dichiarazione di successione con ricevuta di presentazione all’Agenzia delle Entrate per i provvedimenti di competenza di questa Agenzia.

La sottoscrizione del presente modulo e l’ottenimento della gestione provvisoria ereditaria **NON** hanno alcuna incidenza su eventuali questioni e contenziosi relativi alla ripartizione della massa ereditaria.

**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) |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ**

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

**DA PRODURRE AGLI ORGANI DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O AI GESTORI DI PUBBLICI SERVIZI**

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

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

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

in qualità di erede/coerede, 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**

che il/la Dr./Dr.ssa ……………………………………………………………………………

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

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

Titolare/Socio della farmacia ……………………………….…………….………………………………………... sede n. ……….…………… sita nel Comune di ………………….….……………………………………………

in via ………….……………….………………………………………………………………………………….. n. …..

**è deceduto** a ………………………………………………………. il ……………………… lasciando eredi:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Luogo di nascita** | **Data di nascita** | **Codice fiscale** | **Grado di parentela con il defunto** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**DICHIARA ALTRESÌ**

di non essere a conoscenza di altri eredi oltre ai soggetti indicati nella presente dichiarazione.

**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 dichiarante) |

**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**

\_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

……………………………………………………………….