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)

Se via pec: pagamento marca da bollo € 16 tramite PAGO PA

- con trasmissione ricevuta

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se cartaceo: marca da bollo € 16,00=

Se trasmissione a mezzo PEC:

**protocollogenerale@pec.ats-milano.it**

**OGGETTO: Istanza per riconoscimento titolarità e autorizzazione all’apertura ed esercizio di Farmacia a seguito di concorso pubblico straordinario indetto da Regione Lombardia con DDGS n. 9986 del 8/11/2012.**

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa ……………………………………….……………………………………………… nato/a a ………………..…..……………………………………………...…….….. il …….………………………... C.F./P.IVA ……………………………………………………………….……………………………………………… residente a ………………………………………...…… via ……………………...………………..…….. n. …..…

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

Pec ………………………………………………………………………………………………………………………

considerata l'assegnazione definitiva, come da lettera della Regione Lombardia ricevuta via PEC in data …………………………………….….……, della sede n. ………………….. pertinente al Comune di ………………………………………………………………………………………………………..

**CHIEDE**

Il riconoscimento della titolarità della citata sede e l’autorizzazione all’apertura dell’esercizio denominato ……………………………..…………...……………….…………………………. nei locali ubicati in via …………………………………………………….……………………….………. n……...….

A tal fine si allega la seguente documentazione:

* Planimetria dei locali datata e prodotta digitalmente da tecnico abilitato, in scala 1:100 con indicati i rapporti aero-illuminanti, le destinazioni d’uso dei singoli locali, le sezioni, le vie di fuga e l’accessibilità ai portatori di handicap;
* Dichiarazione sostitutiva di atto notorio di assenza di situazioni di incompatibilità *(Allegato A);*
* Dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa ai requisiti richiesti per la titolarità e l’autorizzazione all’apertura *(Allegato B);*
* Dichiarazione sostitutiva del certificato di iscrizione alla Camera di Commercio Industria Artigianato e Agricoltura *(Allegato C) (in alternativa copia della visura camerale);*
* Dichiarazione del titolare relativa alla collocazione della farmacia *(Allegato D);*
* Dichiarazione dell’orario previsto di apertura *(Allegato E);*
* Richiesta vidimazione registro stupefacenti *(Allegato F);*
* Ricevuta di versamento telematica tramite bollettino PagoPA <https://pagamentinlombardia.servizirl.it/pa/public/richiestaPagamentoSpontaneo.html?codTipo=RL_GSAT_RILASCIO>
* Copia documento d'identità valido e codice fiscale.

**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**

Il/La sottoscritto/a si impegna, inoltre, al fine di consentire a codesta UOS l’espletamento dell’istruttoria necessaria al rilascio dell’autorizzazione, qualora non fossero già disponibili, a trasmettere la **comunicazione di disponibilità dei locali per l'ispezione preventiva** *(Allegato G),* con la documentazione indicata nel modulo.

…………………………………………………, ……………………………….

 *(luogo) (data)*

………………………………………………………………….

 *(firma )*

Dichiara, altresì, di essere informato che, ai sensi e per gli effetti del Regolamento Ue 2016/679, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di acconsentire al trattamento degli stessi da parte di ATS della Città Metropolitana di Milano.

………………………………………………………………….

 *(firma )*

 **Allegato A**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’**

(ai sensi dell’art. 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445 e ss.mm.ii)

II/la sottoscritto/a (cognome e nome) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. o stato\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov.\_\_\_) Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_

Indirizzo di posta elettronica/posta elettronica certificata (PEC)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, consapevole della decadenza dei benefici eventualmente emanati sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all’art.75 del medesimo D.P.R. e delle conseguenze penali previste dall’art.76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità:

* di non essere titolare né gestore provvisorio di farmacia, né direttore responsabile o collaboratore presso altra farmacia;
* di non esplicare altra attività svolta nel settore della produzione e informazione scientifica del farmaco, nonché l'esercizio della professione medica;
* di non aver nessun rapporto di lavoro pubblico e privato;
* di non avere trasferito la titolarità della farmacia nei 10 anni precedenti alla data di assegnazione della farmacia.

Informativa ai sensi del D.lgs. n. 196/03 modificato dal Dlgs 101/18.

* 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 è ATS della Città Metropolitana di Milano;
* responsabile del trattamento è il dirigente Responsabile della struttura destinataria della presente dichiarazione;

in ogni momento potranno essere esercitati nei confronti del titolare del trattamento i diritti di cui al citato D.lgs. n. 196/03 modificato dal Dlgs 101/18.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (luogo) (data)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (firma)

**Allegato B**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e ss.mm.ii.)

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome)  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. o stato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_ ) Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica/posta elettronica certificata (PEC) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole della decadenza dei benefici

eventualmente emanati sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all’art. 75 del medesimo D.P.R. e delle conseguenze penali previste dall’art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

**DICHIARA**

* di essere iscritto all’Albo dell’Ordine dei Farmacisti della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di non aver riportato condanne penali che precludano o escludano, ai sensi delle vigenti disposizioni, l'esercizio della farmacia.
* che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione previste dal D.Lgs. n. 159/2011 e s.m.i. e di non essere a conoscenza dell'esistenza di procedimenti in corso in tal senso.

Informativa ai sensi del D.lgs. n. 196/03 modificato dal Dlgs 101/18.

* 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 è ATS della Città Metropolitana di Milano;
* responsabile del trattamento è il dirigente Responsabile della struttura destinataria della presente dichiarazione;
* in ogni momento potranno essere esercitati nei confronti del titolare del trattamento i diritti di cui al citato D.lgs. n. 196/03 modificato dal Dlgs 101/18.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (luogo) (data)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (firma)

**Allegato C**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO DI ISCRIZIONE ALLA CAMERA DI COMMERCIO INDUSTRIA ARTIGIANATO AGRICOLTURA**

(resa ai sensi dell’art. 46 Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa n. 445/2000)

**Barrare i campi che non interessano**

Il/La sottoscritt\_\_

nat\_\_ a il

residente a via

nella sua qualità di

dell’Impresa

**D I C H I A R A**

che l’Impresa è iscritta nel Registro delle Imprese di

con il numero Repertorio Economico Amministrativo

Denominazione:

Forma giuridica:

Sede:

Codice Fiscale:

Data di costituzione:

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Numero componenti in carica:

COLLEGIO SINDACALE

Numero sindaci effettivi:

Numero sindaci supplenti

**OGGETTO SOCIALE**

**TITOLARI DI CARICHE O QUALIFICHE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| COGNOME | NOME | LUOGO E DATA NASCITA | CARICA |

**DIRETTORI TECNICI (OVE PREVISTI)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| COGNOME | NOME | LUOGO E DATA NASCITA | CARICA |

**SOCI E TITOLARI DI DIRITTI SU QUOTE E AZIONI/PROPRIETARI**

**SOCI E TITOLARI DI DIRITTI SU QUOTE E AZIONI/PROPRIETARI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| COGNOME | NOME | LUOGO E DATA NASCITA | CARICA |

**SEDI SECONDARIE E UNITA’ LOCALI**

Dichiara, altresì, che l’impresa gode del pieno e libero esercizio dei propri diritti, non è in stato di liquidazione, fallimento o concordato preventivo, non ha in corso alcuna procedura dalla legge fallimentare e tali procedure non si sono verificate nel quinquennio antecedente la data odierna.

**,** il

 (luogo) (data)

 IL TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE

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

**Variazioni degli organi societari -** I legali rappresentanti degli organismi societari, nel termine di trenta giorni dall'intervenuta modificazione dell'assetto societario o gestionale dell'impresa, hanno l'obbligo di trasmettere al prefetto che ha rilasciato l'informazione antimafia, copia degli atti dai quali risulta l'intervenuta modificazione relativamente ai soggetti destinatari delle verifiche antimafia.

La violazione di tale obbligo è punita con la sanzione amministrativa pecuniaria (da 20.000 a 60.000 Euro) di cui all'art. 86, comma 4 del D. Lgs. 159/2011

**Allegato D**

**COLLOCAZIONE DELLA FARMACIA**

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

in qualità di titolare della farmacia ………..………………………..…………………………

dichiara che:

* i locali individuati per la farmacia distano più di 200 m (misurati da soglia a soglia per la via pedonale più breve) dalla farmacia più vicina (indicare quale)
* che la farmacia si colloca:
* all’interno della zona prevista dal decreto regionale di assegnazione
* nella zona prevista dalla delibera di giunta comunale n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* nelle vicinanze (entro mt.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dalla zona prevista)

in caso di collocazione fuori dalla zona prevista:

* si allega dichiarazione del Comune che la collocazione della farmacia risponde alle esigenze di assistenza farmaceutica della popolazione, nelle more di una revisione che ridefinisca in modo coerente e aggiornato i confini delle zone.

In caso di richiesta formale da parte dell’ATS, si produrrà perizia giurata sulla distanza dalle altre farmacie.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (luogo) (data)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (firma)

**Allegato E**

**DICHIARAZIONE ORARI APERTURA E GIORNO DI RIPOSO**

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

in qualità di titolare della farmacia ………………………………….……………………,,….

Recapito telefonico ……………….......................................................................……….…

Indirizzo pec …………....……………………….................………………………………………

Con riferimento al art. 90 l.r. 33/2009 (…“L'orario minimo di apertura è stabilito in quaranta ore settimanali equamente distribuite su cinque giorni”…).

**COMUNICA**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | dalle | alle | dalle | alle |
| Lunedì |  |  |  |  |
| Martedì |  |  |  |  |
| Mercoledì |  |  |  |  |
| Giovedì |  |  |  |  |
| Venerdì |  |  |  |  |
| Sabato |  |  |  |  |
| Domenica |  |  |  |  |

Il giorno di riposo (facoltativo) è il seguente ………………………………………………….

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (luogo) (data)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma)

**Allegato F**

**Richiesta vidimazione registro entrata e uscita sostanze stupefacenti**

di cui all’art. 60 DPR n. 309/90 e successive modifiche

Il sottoscritto ……………………………………………………………………………………...

in qualità di titolare/direttore tecnico della farmacia ………………………………………

Recapito telefonico ………………...........………………………………………………………

Indirizzo pec ………….................…………………………………………………………………

**CHIEDE**

la vidimazione dell’allegato registro di entrata e uscita sostanze stupefacenti di cui all’art. 60, comma 1, del DPR 309/90 e successive modifiche.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (luogo) (data)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma)

**Allegato G**

Spett.le

**ATS della Città Metropolitana di Milano**

UOS Vigilanza Farmaceutica Milano Est

Via 8 Giugno

20077 Melegnano, 69

**Oggetto: Dichiarazione di disponibilità dei locali per l’ispezione preventiva locali Farmacia** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

in qualità di titolare della farmacia ……………………….…………….………….………….

ubicata a ………………………………………………………………………..………………….

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

in riferimento all’istanza presentata in data ………………………..………………………..

**COMUNICA**

la disponibilità dei locali per l’ispezione preventiva a decorrere dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allegano:

* Licenza d’uso o abitabilità/agibilità;
* Dichiarazione a firma del tecnico abilitato sul superamento delle barriere architettoniche (L. 13/89 D.M. 236/89);
* Relazione di collaudo requisiti acustici;
* Certificato di prevenzione incendi o dichiarazione di non assoggettabilità;
* Dichiarazione di conformità alla L. n. 64/74 per le farmacie che ricadono nelle zone sismiche di cui all’elenco D.M. 5.3.1984;
* Dichiarazione a firma del tecnico abilitato che i locali della farmacia sono in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di sicurezza elettrica e conformità degli impianti termoidraulici;
* Denuncia di installazione di dispositivi di messa a terra di impianti elettrici e verbali di verifiche periodiche ai sensi del D.P.R. 462/01, o della previgente normativa, e successive modifiche ed integrazioni;
* In presenza di impianto di sollevamento, prima verifica e successive ai sensi del DM 11.04.2011;
* In presenza di impianto di condizionamento, dichiarazione di conformità dell’impianto ai sensi della vigente normativa e relazione tecnica che dimostri idonee condizioni di temperatura, filtrazione e velocità dell’aria
* Dichiarazione a firma del tecnico abilitato che i locali della farmacia sono in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di sicurezza anti-infortunistica, di igiene dei luoghi di lavoro;
* Nel caso in cui presso la farmacia siano previsti la produzione, il confezionamento, la vendita di prodotti ad uso alimentare (anche se in confezioni originali e sigillate), documentazione relativa al rispetto della vigente normativa in materia di sicurezza alimentare (con particolare riferimento alle procedure di autocontrollo;
* Documento di valutazione del rischio in materia di sicurezza e igiene del lavoro.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (luogo) (data)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma)