

BOLLO
Euro
16,00

SPETT.LE AULSS 9
UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale
UOS Gestione Giuridica Amministrativa
delle Strutture
protocollo.aulss9@pecveneto.it

OGGETTO : Istanza di riconoscimento del trasferimento di titolarità e autorizzazione all'esercizio

La/Il sottoscritta/o/i dr./ssa nata/o a il
.....C.F.....*.....residente a via n.....
il/la sottoscritta/o/i dr./ssa nata/o a il
.....C.F.....*.....residente a via n.....
il/la sottoscritta/o/i dr./ssa nata/o a il
.....C.F.....*.....residente a via n.....
il/la sottoscritta/o/i dr./ssa nata/o a il
.....C.F.....*.....residente a via n.....
in qualità di Legale rappresentante/Soci della Società.....
P.IVA/Cod. Fiscale.....

CHIEDONO

() Il riconoscimento del trasferimento di titolarità e l'autorizzazione alla gestione della Farmacia e della connessa azienda commerciale ubicata in via, Comune di (VR), alla società (ragione sociale/denominazione) con sede legale in via Partita Iva/Codice Fiscale
L'esercizio farmaceutico sarà aperto sotto l'insegna

() (Se farmacia rurale sussidiata), il riconoscimento, alla società, dell'indennità di residenza della Farmacia, dalla data di decorrenza del trasferimento di titolarità;

Il/La/I sottoscritto/a/i è/sono pienamente a conoscenza delle penali responsabilità derivanti da mendaci dichiarazioni, come sopra riportate, nonché della conseguente cessazione del procedimento e di qualsiasi altro eventuale beneficio ad esso collegato o derivante da eventuali provvedimenti emanati dall' Azienda in virtù di falsa dichiarazione.

Dichiaro/no di essere informato/i, ai sensi e per gli effetti del D.L.vo nr. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(luogo) (data)

LEGALE RAPPRESENTANTE/SOCI DELLA SOCIETA'

Allegati moduli n.

* se trasmessa via pec allegare il modulo 10

Documentazione da allegare all'istanza

N.B. In caso di S.N.C. l'istanza deve essere sottoscritta da tutti i soci come pure i moduli che lo richiedono.

1. Copia delle ricevute comprovanti l'avvenuto versamento della tassa di concessione regionale per l'apertura e l'esercizio di farmacie nella misura di **Euro**, della tassa annuale di ispezione regionale nella misura di **Euro** e dell'eventuale contributo annuo previsto per le farmacie non rurali di **Euro** che deve essere eseguito a mezzo bonifico bancario presso banca Unicredit Spa codice IBAN IT 41 V 02008 02017 000100537110, intestato a Regione Veneto - B.P. Tassa CC.RR. - Servizio Tesoreria.
2. L'istanza per il rilascio del provvedimento di riconoscimento del trasferimento va presentata dopo:
 - a) aver stipulato l'atto notarile di compravendita/donazione/conferimento;
 - b) aver eliminato le eventuali cause di incompatibilità;
 - c) aver compilato tutta la documentazione allegata,
3. Dichiarazione sostitutiva di certificazione, art. 46 D.P.R. 445/2000 e s.m.i, **per ogni socio**, comprovante la cittadinanza, l'iscrizione all'Albo Provinciale dei Farmacisti con estremi di Laurea e Abilitazione (solo per farmacisti), la propria posizione nei confronti di casellario giudiziale e carichi pendenti (mod. n. 1).
4. Dichiarazione sostitutiva di certificazione antimafia, art. 46 D.P.R. 445/2000 e s.m.i, **per ogni socio**, di cui all'art. 67 del D.Lgs 6/11/2011 n.159 e s.m.i. (mod. n. 2).
5. Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, **per ogni socio** (mod. n. 3).
6. Nomina, di comune accordo tra i soci, del Direttore responsabile della Farmacia (mod. n. 4).
7. **Copia conforme, in marca da bollo da € 16.00**, dell' Atto notarile di trasferimento/conferimento quote sociali/donazione, titolarità e azienda commerciale, riportante gli estremi di registrazione;
8. Copia della visura camerale aggiornata o dichiarazione sostitutiva (mod. 5).
9. Comunicazione in carta semplice del: nominativo dell'intestatario del conto corrente, indicazione dell'ISTITUTO BANCARIO (Filiale/Agenzia/Città) e del IBAN (per gli accrediti mensili della farmaceutica convenzionata, assistenza integrativa regionale, servizio distribuzione per conto), indirizzo mail, pec, n. di telefono e fax della farmacia (mod. n. 6).
10. Comunicazione a firma del nuovo legale rappresentante/direttore responsabile degli addetti farmacisti presenti durante l'attività lavorativa in farmacia (mod. n. 7).
11. Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità e del codice fiscale, **per ogni socio**;
12. N. 1 registro stupefacenti conforme al modello approvato con D.M. del 20.04.1976 per la vidimazione;
13. Proposta di articolazione orario obbligatorio della farmacia, vedi regolamento provinciale farmacie (mod. n. 8);
14. Ampliamento facoltativo orario farmacia (mod. n. 9)

- *in caso di invio dell'istanza tramite PEC:*

Dimostrazione dell'assolvimento dell'**imposta di bollo di € 16,00 (sedici)** sulle istanze presentate mediante servizio di Posta Elettronica Certificata (P.E.C.).

Al fine della dimostrazione dell'assolvimento dell'**imposta di bollo di € 16,00 (sedici)** sulle istanze di rilascio di provvedimenti amministrativi presentate all'UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale, UOS Gestione Giuridica Amministrativa delle Strutture dell' Aulss 9 Scaligera mediante servizio di Posta Elettronica Certificata (P.E.C.), si informa che:

- Qualora il richiedente sia in possesso dell'Autorizzazione dall'Agenzia delle Entrate, l'imposta di bollo può essere assolta in modo virtuale, indicando sugli atti e documenti il modo di pagamento e gli estremi della citata Autorizzazione, ai sensi dell'art. 35 del DPR 642/1972;

- In assenza della predetta autorizzazione, deve essere resa dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà in cui il richiedente attesta, sotto la propria personale responsabilità ai sensi del D.P.R. 445/2000, di aver assolto al pagamento dell'imposta in questione indicando tutti i dati relativi all'identificativo della marca. Tale dichiarazione deve essere corredata da copia del documento di identità del dichiarante **modulo 10**.

La domanda in originale, recante la marca da bollo annullata, deve essere conservata agli atti del richiedente per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione.

N.B. Il registro stupefacenti di cui al punto 12 va inviato con posta ordinaria/raccomandata AR o consegnato a mano all'indirizzo sotto riportato.

**UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale
UOS Gestione Giuridica Amministrativa delle Strutture
Via Salvo D'acquisto 7 - 37122
Verona**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
ai sensi dell' art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____

residente in _____ in via _____ cod.fisc. _____.

rende la presente dichiarazione consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445.

DICHIARA QUANTO SEGUE

Di essere cittadino _____ e di essere in possesso dei diritti civili e politici;

di essere iscritto all' Albo dei farmacisti della provincia di _____ al n. _____ dal _____;

di aver conseguito la laurea in _____ presso l'Università di _____, in data _____;

di aver conseguito l'abilitazione professionale presso l' Università di _____, sessione di _____ nell' anno _____;

() di aver () non aver riportato condanne penali (*barrare la voce che non interessa*);

() di essere () non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali (*barrare la voce che non interessa*).

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.LGS n. 196/2003 e s.m.i. che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

data _____ il dichiarante _____ (firma)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
ai sensi dell' art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____

residente in _____ in via _____ cod.fisc. _____.

rende la presente dichiarazione consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445.

DICHIARA

Quale SOCIO della Società FARMACIAsede n. del
 Comune di Prov. Ubicata in via
 n. P.iva/cod.fisc.

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 "Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 13 agosto 2010, n. 136". .

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____ data

_____ firma del dichiarante

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
ai sensi dell' art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____

residente in _____ in via _____ cod.fisc. _____.

rende la presente dichiarazione consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445.

DICHIARA

Quale Socio:

- di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità di cui all' art. 7 e 8 della legge n. 362 del 1991 e s.m.i., in particolare:
 - ✓ con qualsiasi altra attività esplicita nel settore della produzione e informazione scientifica del farmaco, nonché con l'esercizio della professione medica;
 - ✓ con la posizione di titolare, gestore provvisorio, direttore o collaboratore di altra farmacia;
 - ✓ con qualsiasi rapporto di lavoro pubblico e privato (il Consiglio di Stato, con parere n. 69/2018, ha fatto rientrare anche "*quelle prestazioni che, sebbene autonome, vengono effettuate con una regolarità tale da risultare assorbenti*");
- Di non essere incompatibile ai sensi dell'art. 102 del R.D. 27/07/1934 n. 1265 e s.m.i.;

Al fine di procedere alla verifica delle dichiarazioni rilasciate si chiede di specificare l'ultima sede lavorativa Farmacia/Ente pubblico/altra sede lavorativa (specificare) _____ del Comune _____ dal _____ al _____.

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.LGS n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

data _____ Il dichiarante _____ (firma)

OGGETTO: Comunicazione direttore responsabile di Farmacia

I sottoscritti soci della Società ,ai sensi dell'art.7 del comma 3 della legge n. 362\1991, comunicano, con l'accordo di tutti, di affidare la direzione tecnica della suddetta farmacia al dott.\dott.ssa , in possesso del requisito di idoneità previsto dall' art. 12 della legge 475/1968 e s.m.i. in quanto (*barrare la voce che interessa*):

- essere risultato idoneo in un precedente concorso, nell'anno _____ Regione _____;
- avere almeno due anni di pratica professionale, in qualità di _____ presso la/e farmacia/e dell' Aulss n. ____ provincia _____,

che accetta, dalla decorrenza del provvedimento autorizzativo.

I soci della società
(Firma)

Per accettazione
Il Direttore Responsabile

**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 e s.m.i.)

I/il sottoscritti/o.....nato/ail ..

I/il sottoscritti/o.....nato/ail ..

I/il sottoscritti/o.....nato/ail ..

in qualità di Legale rappresentante/Soci della società

D I C H I A R A N O

che l'Impresa/Società 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	RESIDENZA

EVENTUALI DIRETTORI TECNICI

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA NASCITA	CARICA	RESIDENZA

SOCI E TITOLARI DI DIRITTI SU QUOTE E AZIONI/PROPRIETARI

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA NASCITA	CARICA	RESIDENZA

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.

DATA _____

LEGALE RAPPRESENTANTE/SOCI

I/il sottoscritti/o.....nato/ail

I/il sottoscritti/o.....nato/ail

I/il sottoscritti/o.....nato/ail

in qualità di Legale rappresentante/Soci della società

COMUNICA/NO

P. IVA

COD. FISCALE

N. TELEFONO

FAX

MAIL

PEC

() Gli estremi del conto corrente bancario dedicato sul quale l'Aulss 9 Scaligera dovrà effettuare i pagamenti relativi alla farmaceutica Convenzionata, all'Assistenza Integrativa e al Servizio Distribuzione farmaci per conto:

IBAN IT

BANCA D'APPOGGIO

AGENZIA/FILIALE:

LE GENERALITA' E IL CODICE FISCALE DELLE PERSONE DELEGATE AD OPERARE SU DI ESSO:

() Di aver ceduto il credito vantato nei confronti dell'Aulss Scaligera derivante dalle distinte mensili, relative alla farmaceutica Convenzionata, all'Assistenza Integrativa e al Servizio Distribuzione farmaci per conto:

ALLA SOCIETA'

Mi impegno a comunicare ogni eventuale variazione dei dati trasmessi, del predetto conto corrente e dei soggetti autorizzati ad operare su di esso.

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/03.

DATA _____-

TIMBRO E FIRMA

Il sottoscritto Dott. Direttore responsabile/Legale Rapp della
Farmacia con sede in vian...

comunica a codesta ASL che a partire dal

presso la succitata Farmacia, () presta la propria opera professionale il/la
() non presta più

Dott./ssa.....nato/a a il

iscritto/a all' Albo dell'Ordine dei Farmacisti della provincia di al n.

dal

Il succitato/a dott. svolge la propria opera professionale in qualità di
Farmacista collaboratore: (barrare la casella interessata)

() praticante (volontario)

() dipendente a tempo pieno/ n. ore settimanali

() dipendente a tempo parziale/n. ore settimanali

() altre forme di collaborazione(specificare se
libero-professionale, impresa familiare, associazione in partecipazione, ecc., a tempo pieno o tempo
parziale e il numero di ore settimanali)

Nota Bene: nei casi in cui si renda difficoltoso programmare le presenze del farmacista in libera professione, l'orario effettivamente svolto potrà essere comunicato a fine mese specificando i giorni di effettiva presenza e le ore prestate. In caso di cessazione del rapporto con il farmacista in libera professione dovrà essere data tempestiva comunicazione.

Allegati:

- n. 1 dichiarazione sostitutiva di certificazione del collaboratore di iscrizione all'Albo Professionale;

DATA..... TIMBRO E FIRMA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

ai sensi dell' art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____

residente in _____ in via _____

cod.fisc. _____.

rende la presente dichiarazione consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 e s.m.i.

DICHIARA QUANTO SEGUE

Di aver conseguito la Laurea in _____ presso l'Università di _____ in data _____;

Di aver conseguito l'abilitazione professionale presso l'Università di _____ nell'anno _____ sessione _____;

Di essere iscritto all'Albo dei farmacisti della provincia di _____ al n. _____.

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.LGS n. 196/2003 e s.m.i. che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

data _____ **il dichiarante** _____ (firma)

Oggetto: Proposta di articolazione dell'orario obbligatorio di apertura della farmacia.
 Richiesta variazione della mezza giornata di riposo settimanale

Il sottoscritto Dott. _____, titolare/direttore della Farmacia _____ cod _____, chiede di poter effettuare il seguente orario di apertura:

1) Distribuzione delle 40 ore settimanali obbligatorie (orario base: 9-12 e 16-19 dal lunedì al venerdì, 9-12 il sabato, 7 ore sett. da suddividere nell'arco della settimana) ai sensi dell'art. 1 comma 2 del Regolamento provinciale del servizio delle farmacie aperte al pubblico.

Dal _____ al _____
 lunedì: dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____
 martedì: dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____
 mercoledì: dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____
 giovedì: dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____
 venerdì: dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____
 sabato: dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____

In caso di diversa articolazione delle 7 ore obbligatorie ad es. periodo estivo - invernale:

Dal _____ al _____
 lunedì: dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____
 martedì: dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____
 mercoledì: dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____
 giovedì: dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____
 venerdì: dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____
 sabato: dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____

N.B. Si precisa che l'articolazione degli orari obbligatori approvata dal Direttore Generale rimarrà invariata fino ad eventuale nuova richiesta da presentare entro il 31 ottobre di ogni anno con entrata in vigore il 1° gennaio dell'anno successivo.

2) Ai sensi dell'art. 2 e 8 (*) del Regolamento provinciale del servizio delle farmacie aperte al pubblico (condizioni territoriali topografiche particolari) chiedo di poter effettuare la mezza giornata di riposo il: _____ per i seguenti motivi _____

In attesa di un Vs. provvedimento, porgo cordiali saluti.

Data, _____

Timbro e Firma _____

(*solo in caso di deroga al riposo settimanale)

Si esprime parere favorevole/contrario

IL SINDACO

- Oggetto: Comunicazione ampliamento orario di apertura (oltre l'orario obbligatorio già comunicato)
 Comunicazione apertura "straordinaria" (festività domenicali – infrasettimanali, Santo Patrono)
 Modifica all'orario di ampliamento della farmacia.

Il sottoscritto Dott. _____, Titolare/Direttore della Farmacia

_____, comunica:

- ai sensi dell'art. 11, comma 8, del d. l. n. 1/2012 convertito dalla l. n. 27/2012 e dell'art. 1, comma 4, del "Regolamento provinciale del servizio delle farmacie aperte al pubblico", di ampliare l'orario di apertura della Farmacia:

Dal _____ al _____ con il seguente orario:

lunedì: dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____

martedì: dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____

mercoledì: dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____

giovedì: dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____

venerdì: dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____

sabato: dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____

domenica dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____

- ai sensi dell'art. 1 comma 3 del "Regolamento provinciale del servizio delle farmacie aperte al pubblico", che la Farmacia rimarrà aperta:

il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____

il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____

il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____

N.b. Le comunicazioni sono da effettuarsi con un ragionevole anticipo

Cordiali saluti.

Data,

Timbro e Firma Titolare/Direttore Resp.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
ai sensi dell' art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000e s.m.i. , n. 445**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____
residente in _____ in via _____ cod.fisc. _____.
Titolare/Legale Rappresentante/Direttore Responsabile della ditta/Società _____
con sede legale in _____ via _____ n. _____
P.Iva _____

rende la presente dichiarazione consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00: a comprova, indica i seguenti dati della marca da bollo utilizzata:
 - data e ora di emissione _____
 - identificativo n. _____
- di aver apposto la marca da bollo sulla presente domanda e di aver annullato la stessa;
- di conservare l'originale della domanda per eventuali controlli da parte della AULSS 9 Scaligera.

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.LGS n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

data _____ Il dichiarante _____ (firma)