

**Modulo n. 1**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(ai sensi dell'art. 47 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. 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 e al fine di acquisire la titolarità della sede farmaceutica n. xx del Comune di,

- di non essere titolare né socio di società titolare di farmacia né gestore provvisorio di farmacia, né direttore responsabile o collaboratore presso altra farmacia;
- di non essere farmacista responsabile della vendita diretta di medicinali veterinari presso magazzino autorizzato;
- 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 Decreto Legislativo n. 196/2003 e ss.mm.ii e del Regolamento UE 2016/679:

- 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 l'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia;
- 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 d.lgs.196/2003 e ss.mm.ii. del Regolamento UE 2016/679.

Data _____

Firma _____

**Modulo n. 2**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

sotto la propria responsabilità e al fine di acquisire la titolare della sede farmaceutica n. xx del Comune di,

- di essere iscritto all'Albo dei Farmacisti della Provincia di _____;
- di non aver riportato condanne penali che precludano o escludano, ai sensi delle vigenti disposizioni, l'esercizio della farmacia;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- 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..

Informativa ai sensi del Decreto Legislativo n. 196/2003 e ss.mm.ii. e del Regolamento UE 2016/679:

- 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 l'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia;
- 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 D.Lgs.196/2003 e ss.mm.ii..

.....,
(luogo)

(data)

.....
(firma)

**Modulo n. 3****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)

Il/La sottoscritt _____ nat__ a

_____ il _____

residente a _____

via _____

nella sua qualità di _____ dell'Impresa

DICHIARA

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**

| |
|--|
| |
|--|

| 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**

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

SEDI SECONDARIE E UNITA' LOCALI

| |
|--|
| |
|--|

, il

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.



INDICAZIONE DEL DIRETTORE TECNICO

I sottoscritti

Dr./Dr.ssa nato/a a
il C.F./P.IVA residente a
..... via n.

Dr./Dr.ssa nato/a a
il C.F./P.IVA residente a
..... via n.

Dr./Dr.ssa nato/a a
il C.F./P.IVA residente a
..... via n.

anche in qualità di Soci della Società denominata
_____ individuata quale gestore della sede
farmaceutica n. xx del Comune di

indicano

come direttore responsabile il Dr.

.....
(luogo) (data)

.....
(firma)

.....
(firma)

.....
(firma)

Per accettazione

.....
(firma)

**COLLOCAZIONE DELLA FARMACIA**

I sottoscritti

Dr./Dr.ssa nato/a a

il C.F./P.IVA residente a

..... via n.

Dr./Dr.ssa nato/a a

il C.F./P.IVA residente a

..... via n.

Dr./Dr.ssa nato/a a

il C.F./P.IVA residente a

..... via n.

dichiarano 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 DGWelfare n. 13928 del 27/12/16
 - nella zona prevista dalla delibera di giunta comunale n.
 - nelle vicinanze (entro m. 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)

**Modulo n.6****DICHIARAZIONE ORARI APERTURA E GIORNO DI RIPOSO**

Il sottoscritto
in qualità di legale rappresentante oppure direttore tecnico della farmacia
.....

- con riferimento all' 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:

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

Il giorno di riposo (*facoltativo*) è il seguente _____

Data _____ Firma _____

**Modulo n. 7****DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ DEI LOCALI PER L'ISPEZIONE PREVENTIVA LOCALI FARMACIA**

I sottoscritti

Dr./Dr.ssa nato/a a

il C.F./P.IVA residente a
..... via n.

Dr./Dr.ssa nato/a a

il C.F./P.IVA residente a
..... via n.

Dr./Dr.ssa nato/a a

il C.F./P.IVA residente a
..... via n.

in riferimento all'istanza presentata in data _____ per

l'autorizzazione all'apertura esercizio della Farmacia _____

ubicata _____ in _____

COMUNICANO

la disponibilità dei locali per l'ispezione preventiva a decorrere dal _____

Si allegano i seguenti documenti :

- Segnalazione Certificata di Agibilità/Certificato di abitabilità/agibilità;**
- Dichiarazione di conformità ai sensi del DM n. 37 del 22/01/2008 e ss.mm.ii. di tutti gli impianti installati (es. impianto elettrico/impianto di riscaldamento, climatizzazione, condizionamento e ventilazione ed aerazione/impianti idrici e sanitari, impianti di sollevamento di persone o di cose ascensori/montacarichi/ecc.);
- In presenza di impianto di ventilazione meccanica controllata (VMC)** relazione tecnica attestante la rispondenza al vigente regolamento locale di igiene o norma equipollente;
- In presenza di impianto di sollevamento**, prima verifica e successive ai sensi del DM 11.04.2011;
- In presenza locali interrati o semi-interrati ad uso lavorativo** deroga all'uso ai sensi dell'art. 65 d.lgs. 81/2008 rilasciato dal competente Servizio Prevenzione Saluta Ambienti e Luoghi di Lavoro (P.S.A.L.)

Il sottoscritto dichiara che certificazioni e/o documentazione non prodotte in allegato alla presente saranno rese disponibili in occasione dell'ispezione preventiva dei locali.

.....
(luogo).....
(data).....
(firma)