



Marca da bollo o
telematica (art. 1,
comma 596, della legge
27 dicembre 2013, n.
147)

**Al Direttore Generale
ATS BRIANZA
V.le Elvezia, 2
MONZA**

OGGETTO: Nomina Direttore Responsabile

Il/La sottoscritt..... dott.....

Nato/a ail.....

Residente acap.....

Cod. fisc.....

In qualità di Direttore Responsabile/Legale rappresentante della società denominata

“ ”

Titolare della farmacia Sede n. / unica del comune di

Codice sede farmaceutica

sita in in via / piazza n.

Codice Regionale Farmacia:

COMUNICA

che il farmacista indicato in qualità di direttore responsabile della Farmacia di cui sopra, denominata:

.....

è Dott./ Dott.ssa

Nato/a ail.....

Residente acap.....

Cod.fisc.....

iscritto all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di..... dal al

n.

che accetta tale incarico a far data dal

e che firma per accettazione _____

(firma farmacista)

AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE (ATS) DELLA BRIANZA

Sede legale e territoriale: Viale Elvezia 2 – 20900 Monza - C.F. e Partita IVA 09314190969

Sede territoriale di Lecco: C.so C. Alberto 120 - 23900 Lecco

**A tal fine allega la seguente documentazione (*barrare le voci interessate*):**

- ☐ Eventuale copia autentica dell'atto notarile della società con estremi di iscrizione al Pubblico Registro;
- ☐ n. 2 marche da bollo di tariffa vigente: n. 1 da applicare all'istanza e n. 1 per il rilascio di copia conforme all'originale della Delibera di Presa d'atto;

Per il Direttore Responsabile:

- ☐ Dichiarazione sostitutiva di atto notorio concernente l'assenza di incompatibilità (*modulo n.1*);
- ☐ Copia di valido documento di identità e codice fiscale datato e firmato (*se la consegna dell'istanza non viene fatta di persona*);
- ☐ Dichiarazione sostitutiva di certificazione atta a comprovare l'iscrizione all'Albo Provinciale dei Farmacisti, la laurea, l'abilitazione, l'assenza di condanne penali a proprio carico, nonché la non sussistenza, nei propri confronti, di cause di decadenza, di sospensione o di divieto di cui all'art. 67 del D. L.vo n. 159 del 06/09/2011 (*modulo n.4*);
- ☐ Dichiarazione sostitutiva di certificazione comprovante il possesso del requisito di idoneità di cui all'art. 12 della L. n. 475/68 e ss.mm.ii. (*modulo n.5*);
- ☐ Modulo B per rilevazione dati operatore carta SISS;
- ☐ Altro (specificare).....

Si dichiara che la documentazione non presentata contestualmente alla presente istanza verrà prodotta entro e non oltre la data del

.....,

(luogo) (data)

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

.....

**INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DEL REGOLAMENTO 679/2016/UE** - Si informa che:

- tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza saranno trattati per le finalità istituzionali e per le finalità consentite dalla legge nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento Generale sulla protezione dei dati personali 679/2016 dell'Unione Europea;
- il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatico-digitali;
- il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza (Sede Legale: Viale Elvezia, 2 - 20900 – Monza Tel. 039/23841 - Sede Territoriale: C.so Carlo Alberto, 120 – 23900 Lecco - Tel. 0341/482111);
- l'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento UE 679/2016, ai seguenti recapiti: E-mail: protocollo@ats-brianza.it – PEC: protocollo@pec.ats-brianza.it ;
- l'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 è reperibile presso l'ATS e/o consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo: <https://www.ats-brianza.it> - *Amministrazione Trasparente – Altri Contenuti – Dati Ulteriori – 2.4.7 Privacy*;
- Il Data Protection Officer (Art. 37 Reg. 679/2016) nominato dall'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza è la società LTA S.r.l. (Sede: Via della Conciliazione, 10 - Roma - Cap 00193 - P.IVA 14243311009), individuata a seguito dell'espletamento di una procedura di gara; referente per il DPO è il dott. Luigi Recupero, il quale può essere contattato ai seguenti recapiti: E-mail: protocollo@ats-brianza.it – PEC: protocollo@pec.ats-brianza.it.

.....
(luogo)

(data)

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

(firma)

AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE (ATS) DELLA BRIANZA
Sede legale e territoriale: Viale Elvezia 2 – 20900 Monza - C.F. e Partita IVA 09314190969
Sede territoriale di Lecco: C.so C. Alberto 120 - 23900 Lecco

**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. _____ in

qualità di Direttore della Farmacia _____

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 altro rapporto di lavoro pubblico e privato oppure di terminare l'incarico precedente alla data _____

INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DEL REGOLAMENTO 679/2016/UE - Si informa che:

- tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza saranno trattati per le finalità istituzionali e per le finalità consentite dalla legge nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento Generale sulla protezione dei dati personali 679/2016 dell'Unione Europea;
- il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatico-digitali;
- il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza (Sede Legale: Viale Elvezia, 2 - 20900 – Monza Tel. 039/23841 - Sede Territoriale: C.so Carlo Alberto, 120 – 23900 Lecco - Tel. 0341/482111);
- l'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento UE 679/2016, ai seguenti recapiti: E-mail: protocollo@ats-brianza.it – PEC: protocollo@pec.ats-brianza.it ;
- l'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 è reperibile presso l'ATS e/o consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo: <https://www.ats-brianza.it> - *Amministrazione Trasparente – Altri Contenuti – Dati Ulteriori – 2.4.7 Privacy*;
- Il Data Protection Officer (Art. 37 Reg. 679/2016) nominato dall'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza è la società LTA S.r.l. (Sede: Via della Conciliazione, 10 - Roma - Cap 00193 - P.IVA 14243311009), individuata a seguito dell'espletamento di una procedura di gara; referente per il DPO è il dott. Luigi Recupero, il quale può essere contattato ai seguenti recapiti: E-mail: protocollo@ats-brianza.it – PEC: protocollo@pec.ats-brianza.it.

Luogo e data _____

Firma _____

AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE (ATS) DELLA BRIANZA
Sede legale e territoriale: Viale Elvezia 2 – 20900 Monza - C.F. e Partita IVA 09314190969
Sede territoriale di Lecco: C.so C. Alberto 120 - 23900 Lecco

**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. _____) il _____

residente a _____ (prov. _____) - Via _____ n. _____

- in qualità di Direttore della Farmacia _____

- 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 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 all'Albo provinciale dell'Ordine dei farmacisti di dal al n.
- di non aver riportato condanne penali, comprese le non menzioni, che precludano o escludano, ai sensi delle vigenti disposizioni, l'esercizio della farmacia e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della normativa vigente;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- 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 PRIVACY AI SENSI DEL REGOLAMENTO 679/2016/UE - Si informa che:

- tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza saranno trattati per le finalità istituzionali e per le finalità consentite dalla legge nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento Generale sulla protezione dei dati personali 679/2016 dell'Unione Europea;
- il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatico-digitali;
- il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza (Sede Legale: Viale Elvezia, 2 - 20900 – Monza Tel. 039/23841 - Sede Territoriale: C.so Carlo Alberto, 120 – 23900 Lecco - Tel. 0341/482111);
- l'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento UE 679/2016, ai seguenti recapiti: E-mail: protocollo@ats-brianza.it – PEC: protocollo@pec.ats-brianza.it;
- l'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 è reperibile presso l'ATS e/o consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo: <https://www.ats-brianza.it> - *Amministrazione Trasparente – Altri Contenuti – Dati Ulteriori – 2.4.7 Privacy*;
- Il Data Protection Officer (Art. 37 Reg. 679/2016) nominato dall'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza è la società LTA S.r.l. (Sede: Via della Conciliazione, 10 - Roma - Cap 00193 - P.IVA 14243311009), individuata a seguito dell'espletamento di una procedura di gara; referente per il DPO è il dott. Luigi Recupero, il quale può essere contattato ai seguenti recapiti: E-mail: protocollo@ats-brianza.it – PEC: protocollo@pec.ats-brianza.it.

Luogo e data _____

Il Dichiarante _____
(Firma)

AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE (ATS) DELLA BRIANZA

Sede legale e territoriale: Viale Elvezia 2 – 20900 Monza - C.F. e Partita IVA 09314190969

Sede territoriale di Lecco: C.so C. Alberto 120 - 23900 Lecco



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. _____) il _____
residente a _____ (prov. _____) Via _____ n. _____

- in qualità di Direttore della Farmacia _____,

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. ed 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 in possesso del requisito di idoneità di cui all'art. 12 della L. 475/1968 e ss.mm.ii. conseguito per:

☐ concorso per sedi farmaceutiche della Provincia _____ in data _____

☐ svolgimento della pratica professionale biennale presso le seguenti farmacie:

FARMACIA (denominazione/indirizzo completo di cap)	DAL	AL	ORE SETTIMANALI	QUALIFICA collaboratore/direttore

Chiede, altresì, per il/la farmacista suindicato/a

- ☐ l'attivazione della Firma remota (previo appuntamento per il rilascio 0341-482233 o 039-2384346)
- ☐ la revoca della carta Siss e/o della Firma Remota a nome della farmacia sopraindicata

INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DEL REGOLAMENTO 679/2016/UE - Si informa che:

- tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza saranno trattati per le finalità istituzionali e per le finalità consentite dalla legge nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento Generale sulla protezione dei dati personali 679/2016 dell'Unione Europea;
- il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatico-digitali;
- il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza (Sede Legale: Viale Elvezia, 2 - 20900 - Monza Tel. 039/23841 - Sede Territoriale: C.so Carlo Alberto, 120 - 23900 Lecco - Tel. 0341/482111);
- l'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento UE 679/2016, ai seguenti recapiti: E-mail: protocollo@ats-brianza.it - PEC: protocollo@pec.ats-brianza.it;
- l'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 è reperibile presso l'ATS e/o consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo: <https://www.ats-brianza.it> - *Amministrazione Trasparente – Altri Contenuti – Dati Ulteriori – 2.4.7 Privacy*;
- Il Data Protection Officer (Art. 37 Reg. 679/2016) nominato dall'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza è la società LTA S.r.l. (Sede: Via della Conciliazione, 10 - Roma - Cap 00193 - P.IVA 14243311009), individuata a seguito dell'espletamento di una procedura di gara; referente per il DPO è il dott. Luigi Recupero, il quale può essere contattato ai seguenti recapiti: E-mail: protocollo@ats-brianza.it - PEC: protocollo@pec.ats-brianza.it.

Luogo e data _____

Il Dichiarante _____

(Firma)

AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE (ATS) DELLA BRIANZA
Sede legale e territoriale: Viale Elvezia 2 – 20900 Monza - C.F. e Partita IVA 09314190969
Sede territoriale di Lecco: C.so C. Alberto 120 - 23900 Lecco