



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: Domanda d'autorizzazione al trasferimento della titolarità a farmacista.

Il/La sottoscritto/a,

Nato/a ail

Residente a

CodiceFiscale.....

consapevole di quanto disposto dalla normativa vigente in materia,

CHIEDE

il riconoscimento della titolarità della farmacia Sede n. del Comune di.....

Codice Sede ubicata in via n.

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

- ☐ Copia autentica dell'atto pubblico di acquisto con estremi di iscrizione al Pubblico Registro;
- ☐ Ricevuta di pagamento della Tassa di Concessione (L.R. n.10/2003) su Iban IT35 H030 6909 7901 0000 059 intestato a Tesoreria Regione Lombardia) (*Tassa non dovuta se la farmacia è rurale sussidiata*);
- ☐ Dichiarazione sostitutiva del certificato di iscrizione alla Camera di Commercio Industria Artigianato e Agricoltura firmata dal Legale Rappresentante (*modulo n.3*);
- ☐ n. 2 marche da bollo di € 16,00 (o tariffa vigente): n. 1 da applicare all'istanza e n. 1 per il rilascio di copia conforme all'originale della Delibera di Autorizzazione;
- ☐ 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'assenza di condanne penali a proprio carico e del certificato "Antimafia" (*modulo n. 2*).
- ☐ 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. Lvo 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*);
- ☐ Registro stupefacenti, richiesta di vidimazione (*modulo n. 6*).



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

.....,

(luogo) (data)

IL DICHIARANTE

.....

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)

.....

(firma)