

Marca da bollo cartacea euro 16,00/
Marca da bollo pagata tramite PagoPa
(art.1, comma 596, L. 27.12.2013, n.147)
se trasmessa via pec

**AL DIRETTORE GENERALE
ATS DI BERGAMO
VIA F. GALLICCIOLLI, 4
24121 BERGAMO**

OGGETTO : Domanda d'autorizzazione al trasferimento della titolarità di farmacia a Società.

La Società (Ragione Sociale / Denominazione),
P.I./C.F. sede legale
....., nella persona del sottoscritto rappresentante
legale.....nato.....a.....
il , consapevole di quanto disposto dalla normativa vigente in materia,

CHIEDE

il riconoscimento della titolarità della farmacia Sede n. del Comune
di..... ubicata in via n.
con decorrenza dal

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

- ☐ Atto costitutivo della società (atto pubblico o scrittura privata) in copia conforme all'originale o documento informatico sottoscritto digitalmente;
- ☐ Atto pubblico di acquisto di farmacia in copia conforme all'originale o documento informatico sottoscritto digitalmente (nell'atto indicare gli estremi del provvedimento ATS di autorizzazione alla titolarità del cedente e che il trasferimento comprende il diritto di farmacia e l'azienda commerciale ad essa connessa ai sensi dell'art. 12 della L. 475/1968), con l'indicazione che la Società subentrante si impegna ad assumere a proprio carico eventuali liquidazioni mutualistiche arretrate, gravanti sulla precedente gestione, per effetto di rettifiche positive e/o negative su distinte contabili;

Per la Società

- ☐ Dichiarazione sostitutiva di certificazione comprovante che la società, ai sensi degli artt. 2359 e segg. del codice civile, controlla, direttamente od indirettamente, non più del 20 per cento delle farmacie esistenti nel territorio della medesima regione o provincia autonoma (modulo n. 1A);
- ☐ Dichiarazione sostitutiva di certificazione atta a comprovare 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 al D. Lvo n. 159 del 06/09/2011 (modulo n. 2A);
- ☐ Dichiarazione sostitutiva del certificato di iscrizione alla Camera di Commercio Industria Artigianato e Agricoltura firmata dal Legale Rappresentante (modulo n.3);
- ☐ Dichiarazione sostitutiva di atto notorio concernente l'assenza di incompatibilità in capo alla società istante (modulo n. 4A);
- ☐ Ricevuta di versamento della tassa di concessione nella misura della vigente Legge Regionale (L.R. 10/2003) da effettuare attraverso il portale dei pagamenti della Regione Lombardia:
<https://pagamentinlombardia.servizirl.it/pa/home.html> - Beneficiario: Regione Lombardia
- Tipologie di pagamento "Concessioni - Tassa di rilascio" (la somma da versare e le

modalità di pagamento si otterranno in seguito alla compilazione dei campi obbligatori);
Tassa non dovuta se trattasi di Farmacia rurale sussidiata;

- o Marca da bollo cartacea da 16,00 € (o tariffa vigente) da apporre sulla presente istanza, oppure, ricevuta di pagamento Marca da bollo Digitale *PagoPA*;

Per ciascuno dei Soci:

socio persona fisica

- o Dichiarazione sostitutiva di certificazione atta a comprovare 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. 159/2011(modulo n. 2B);
- o Dichiarazione sostitutiva di atto notorio concernente l'assenza di incompatibilità (modulo n. 4B);
- o Copia di valido documento di identità e codice fiscale.

socio persona giuridica

- o Dichiarazione sostitutiva di certificazione comprovante che la società, ai sensi degli artt. 2359 e segg. del codice civile, controlla, direttamente od indirettamente, non più del 20 per cento delle farmacie esistenti nel territorio della medesima regione o provincia autonoma (modulo n. 1B);
- o Dichiarazione sostitutiva di certificazione atta a comprovare 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. 159/2011(modulo n. 2C);
- o Dichiarazione sostitutiva di atto notorio concernente l'assenza di incompatibilità (modulo n. 4C);
- o Copia di valido documento di identità e codice fiscale.

Per il Direttore:

- o Dichiarazione sostitutiva di certificazione atta a comprovare l'iscrizione all'Albo Provinciale dei Farmacisti, 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. 159/2011; 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.5A);
- o Dichiarazione sostitutiva di atto notorio relativo all'assenza di incompatibilità (modulo n. 5B);
- o Copia di valido documento di identità e codice fiscale.

Documentazione relativa ai locali della farmacia

- o Dichiarazione sostitutiva di certificazione atta a comprovare che nulla è mutato relativamente alla Planimetria dei locali; addetti presenti; conformità impianti; agibilità. (modulo n. 6).

Altra Documentazione

- o Richiesta di vidimazione registro stupefacenti (modulo n. 7).

Si ricorda che eventuali autorizzazioni alla vendita online e/o alla distribuzione all'ingrosso di medicinali ad uso umano rilasciate alla precedente titolare non si intendono automaticamente trasferite. Pertanto,

ove interessati, è necessario presentare nuove istanze.

Trattamento dei dati personali

Ai sensi del decreto legislativo 196/2003 come modificato dal Reg UE 2016/679 e dal D.Lgs 101/2018, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale sono stati acquisiti. Titolare del trattamento è l'Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo. I dati relativi al Responsabile della Protezione dei Dati (comunemente indicato anche come "RPD" o "DPO") designato dall'ATS sono disponibili all'indirizzo <https://www.ats-bg.it/responsabile-della-protezione-dei-dati-rpd>. In ogni momento potranno essere esercitati dall'interessato, nei confronti del Titolare del trattamento, i diritti di cui all'art. 15 e ss del Reg. UE 2016/679.

L'interessato dichiara di aver preso visione dell'informativa completa disponibile al link <https://www.ats-bg.it/privacy-aziendale>

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza di dipendente addetto, ovvero inviata a mezzo raccomandata a.r., ovvero sottoscritta e inviata all'ufficio competente tramite p.e.c., unitamente a copia non autentica di valido documento d'identità del dichiarante nei casi previsti.

Data _____

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

.....

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(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 _____ della società

Denominazione: _____

Sede _____

Codice Fiscale _____

Partita I.V.A. _____

DICHIARA

che la società, ai sensi degli artt. 2359 c.c. e segg., controlla, direttamente od indirettamente, non più del 20 per cento delle farmacie esistenti nel territorio della medesima regione o provincia autonoma, come previsto dall'art. 158 della Legge n. 124 / 2017.

Trattamento dei dati personali

Ai sensi del decreto legislativo 196/2003 come modificato dal Reg UE 2016/679 e dal D.Lgs 101/2018, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale sono stati acquisiti. Titolare del trattamento è l'Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo. I dati relativi al Responsabile della Protezione dei Dati (comunemente indicato anche come "RPD" o "DPO") designato dall'ATS sono disponibili all'indirizzo <https://www.ats-bg.it/responsabile-della-protezione-dei-dati-rpd>. In ogni momento potranno essere esercitati dall'interessato, nei confronti del Titolare del trattamento, i diritti di cui all'art. 15 e ss del Reg. UE 2016/679.

L'interessato dichiara di aver preso visione dell'informativa completa disponibile al link <https://www.ats-bg.it/privacy-aziendale>

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza di dipendente addetto, ovvero inviata a mezzo raccomandata a.r., ovvero sottoscritta e inviata all'ufficio competente tramite p.e.c., unitamente a copia non autentica di valido documento d'identità del dichiarante nei casi previsti.

Data _____ Firma _____

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

II/la sottoscritto/a (cognome e nome) _____

Nato a _____ (prov. _____) il _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

indirizzo posta elettronica certificata (PEC) _____

in qualità di

- ☐ Legale rappresentante
- ☐ Amministratore

della società

C.F./P.I.

_____richiedente la titolarità della sede farmaceutica n. _____del Comune di _____

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:

– di non aver riportato condanne penali 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, nei confronti della società sopra indicata, nonché nei confronti dei soggetti di cui all'art. 85 del D.Lgs n. 159/2011 non sussistono le cause di decadenza, di sospensione o di divieto di cui all'art. 67 del D.Lgs 06/09/2011, n. 159.

Trattamento dei dati personali

Ai sensi del decreto legislativo 196/2003 come modificato dal Reg UE 2016/679 e dal D.Lgs 101/2018, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale sono stati acquisiti. Titolare del trattamento è l'Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo. I dati relativi al Responsabile della Protezione dei Dati (comunemente indicato anche come "RPD" o "DPO") designato dall'ATS sono disponibili all'indirizzo <https://www.ats-bg.it/responsabile-della-protezione-dei-dati-rpd>. In ogni momento potranno essere esercitati dall'interessato, nei confronti del Titolare del trattamento, i diritti di cui all'art. 15 e ss del Reg. UE 2016/679.

L'interessato dichiara di aver preso visione dell'informativa completa disponibile al link <https://www.ats-bg.it/privacy-aziendale>

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza di dipendente addetto, ovvero inviata a mezzo raccomandata a.r., ovvero sottoscritta e inviata all'ufficio competente tramite p.e.c., unitamente a copia non autentica di valido documento d'identità del dichiarante nei casi previsti.

Data _____ Firma _____

**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

--

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

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA NASCITA	CARICA

--

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.

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.

Trattamento dei dati personali

Ai sensi del decreto legislativo 196/2003 come modificato dal Reg UE 2016/679 e dal D.Lgs 101/2018, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale sono stati acquisiti. Titolare del trattamento è l'Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo. I dati relativi al Responsabile della Protezione dei Dati (comunemente indicato anche come "RPD" o "DPO") designato dall'ATS sono disponibili all'indirizzo <https://www.ats-bg.it/responsabile-della-protezione-dei-dati-rpd>. In ogni momento potranno essere esercitati dall'interessato, nei confronti del Titolare del trattamento, i diritti di cui all'art. 15 e ss del Reg. UE 2016/679.

L'interessato dichiara di aver preso visione dell'informativa completa disponibile al link <https://www.ats-bg.it/privacy-aziendale>

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza di dipendente addetto, ovvero inviata a mezzo raccomandata a.r., ovvero sottoscritta e inviata all'ufficio competente tramite p.e.c., unitamente a copia non autentica di valido documento d'identità del dichiarante nei casi previsti.

Data _____

**IL TITOLARE/LEGALE
RAPPRESENTANTE**

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. ____) il _____

Residente a _____ Via _____ n. ____

indirizzo posta elettronica certificata (PEC) _____

in qualità di

- ☐ Legale rappresentante
☐ Amministratore

della società

C.F./P.I.

____ richiedente la titolarità della sede farmaceutica n. ____ del Comune di

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:

che sia il sottoscritto sia la società sopra indicata non si trovano nelle situazioni di incompatibilità di cui all'articolo 7, comma 2, e di cui all'articolo 8, comma 1 della legge 362/1991 e ss.mm.ii.

Trattamento dei dati personali

Ai sensi del decreto legislativo 196/2003 come modificato dal Reg UE 2016/679 e dal D.Lgs 101/2018, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale sono stati acquisiti. Titolare del trattamento è l'Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo. I dati relativi al Responsabile della Protezione dei Dati (comunemente indicato anche come "RPD" o "DPO") designato dall'ATS sono disponibili all'indirizzo <https://www.ats-bg.it/responsabile-della-protezione-dei-dati-rpd>. In ogni momento potranno essere esercitati dall'interessato, nei confronti del Titolare del trattamento, i diritti di cui all'art. 15 e ss del Reg. UE 2016/679.

L'interessato dichiara di aver preso visione dell'informativa completa disponibile al link <https://www.ats-bg.it/privacy-aziendale>

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza di dipendente addetto, ovvero inviata a mezzo raccomandata a.r., ovvero sottoscritta e inviata all'ufficio competente tramite p.e.c., unitamente a copia non autentica di valido documento d'identità del dichiarante nei casi previsti.

Data _____ Firma _____

Persone fisiche

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. _____) il _____
 residente a _____ (prov. _____) - Via _____ n. _____
 recapito telef. _____ indirizzo di posta elettronica _____
 e di posta elettronica certificata _____

in qualità di socio di società richiedente la titolarità 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 aver riportato condanne penali 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 n. 159 del 06/09/2011

Trattamento dei dati personali

Ai sensi del decreto legislativo 196/2003 come modificato dal Reg UE 2016/679 e dal D.Lgs 101/2018, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale sono stati acquisiti. Titolare del trattamento è l'Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo. I dati relativi al Responsabile della Protezione dei Dati (comunemente indicato anche come "RPD" o "DPO") designato dall'ATS sono disponibili all'indirizzo <https://www.ats-bg.it/responsabile-della-protezione-dei-dati-rpd>. In ogni momento potranno essere esercitati dall'interessato, nei confronti del Titolare del trattamento, i diritti di cui all'art. 15 e ss del Reg. UE 2016/679.

L'interessato dichiara di aver preso visione dell'informativa completa disponibile al link <https://www.ats-bg.it/privacy-aziendale>

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza di dipendente addetto, ovvero inviata a mezzo raccomandata a.r., ovvero sottoscritta e inviata all'ufficio competente tramite p.e.c., unitamente a copia non autentica di valido documento d'identità del dichiarante nei casi previsti.

Data _____ Firma _____

Persone fisiche

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. _____) il _____

_____ residente a _____ (prov. _____)

- Via _____ n. _____ recapito telef. indirizzo di posta elettronica

_____ e di posta elettronica certificata _____

_____ **in qualità di**
socio di società richiedente la titolarità della Farmacia, comunica di:

☐ essere socio di altre società titolari di farmacia quali:

☐ non essere socio di altre società titolari di 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:

- che il sottoscritto non si trova nelle situazioni di incompatibilità di cui all'articolo 7, comma 2, e di cui all'articolo 8, comma 1 della legge 362/1991 e ss.mm.ii.;

Trattamento dei dati personali

Ai sensi del decreto legislativo 196/2003 come modificato dal Reg UE 2016/679 e dal D.Lgs 101/2018, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale sono stati acquisiti. Titolare del trattamento è l'Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo. I dati relativi al Responsabile della Protezione dei Dati (comunemente indicato anche come "RPD" o "DPO") designato dall'ATS sono disponibili all'indirizzo <https://www.ats-bg.it/responsabile-della-protezione-dei-dati-rpd>. In ogni momento potranno essere esercitati dall'interessato, nei confronti del Titolare del trattamento, i diritti di cui all'art. 15 e ss del Reg. UE 2016/679.

L'interessato dichiara di aver preso visione dell'informativa completa disponibile al link <https://www.ats-bg.it/privacy-aziendale>

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza di dipendente addetto, ovvero inviata a mezzo raccomandata a.r., ovvero sottoscritta e inviata all'ufficio competente tramite p.e.c., unitamente a copia non autentica di valido documento d'identità del dichiarante nei casi previsti.

Data _____ Firma _____

Persona giuridica**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(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 _____ della società

Denominazione:

Sede

Codice Fiscale

Partita I.V.A.

DICHIARA

che la società, ai sensi degli artt. 2359 c.c. e segg., controlla, direttamente od indirettamente, non più del 20 per cento delle farmacie esistenti nel territorio della medesima regione o provincia autonoma, come previsto dall'art. 158 della Legge n. 124 / 2017.

Trattamento dei dati personali

Ai sensi del decreto legislativo 196/2003 come modificato dal Reg UE 2016/679 e dal D.Lgs 101/2018, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale sono stati acquisiti. Titolare del trattamento è l'Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo. I dati relativi al Responsabile della Protezione dei Dati (comunemente indicato anche come "RPD" o "DPO") designato dall'ATS sono disponibili all'indirizzo <https://www.ats-bg.it/responsabile-della-protezione-dei-dati-rpd>. In ogni momento potranno essere esercitati dall'interessato, nei confronti del Titolare del trattamento, i diritti di cui all'art. 15 e ss del Reg. UE 2016/679.

L'interessato dichiara di aver preso visione dell'informativa completa disponibile al link <https://www.ats-bg.it/privacy-aziendale>

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza di dipendente addetto, ovvero inviata a mezzo raccomandata a.r., ovvero sottoscritta e inviata all'ufficio competente tramite p.e.c., unitamente a copia non autentica di valido documento d'identità del dichiarante nei casi previsti.

Data _____ Firma _____

Persona giuridica**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE***(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e ss.mm.ii.)*

II/la sottoscritto/a (cognome e nome) _____

Nato a _____ (prov. _____) il _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

indirizzo posta elettronica certificata (PEC) _____

in qualità di:

- ☐ Legale rappresentante
☐ Amministratore

della società _____

C.F./P.I. _____

socio della società richiedente la titolarità della sede farmaceutica n. _____ del Comune di _____

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 non aver riportato condanne penali 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, nei confronti della società di cui il sottoscritto ha la legale rappresentanza, nonché nei confronti dei soggetti di cui all'art. 85 del D.Lgs n. 159/2011 non sussistono le cause di decadenza, di sospensione o di divieto di cui all'art. 67 del D.Lgs 06/09/2011, n. 159.

Trattamento dei dati personali

Ai sensi del decreto legislativo 196/2003 come modificato dal Reg UE 2016/679 e dal D.Lgs 101/2018, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale sono stati acquisiti. Titolare del trattamento è l'Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo. I dati relativi al Responsabile della Protezione dei Dati (comunemente indicato anche come "RPD" o "DPO") designato dall'ATS sono disponibili all'indirizzo <https://www.ats-bg.it/responsabile-della-protezione-dei-dati-rpd>. In ogni momento potranno essere esercitati dall'interessato, nei confronti del Titolare del trattamento, i diritti di cui all'art. 15 e ss del Reg. UE 2016/679.

L'interessato dichiara di aver preso visione dell'informativa completa disponibile al link <https://www.ats-bg.it/privacy-aziendale>

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza di dipendente addetto, ovvero inviata a mezzo raccomandata a.r., ovvero sottoscritta e inviata all'ufficio competente tramite p.e.c., unitamente a copia non autentica di valido documento d'identità del dichiarante nei casi previsti.

Data _____ Firma _____

Persona giuridica

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. ____) il _____

Residente a _____ Via _____ n. ____

indirizzo posta elettronica certificata (PEC) _____

in qualità di

- ☐ Legale rappresentante
☐ Amministratore

della società _____

C.F./P.I. _____

socia della società richiedente la titolarità della sede farmaceutica n. _____ del

Comune di _____, comunica di:

- ☐ essere socio di altre società titolari di farmacia quali:

- ☐ non essere socio di altre società titolari di 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:

- che sia il sottoscritto che la società sopra indicata di cui lo stesso ha la legale rappresentanza, non si trovano nelle situazioni di incompatibilità di cui all'articolo 7, comma 2, e di cui all'articolo 8, comma 1 della legge 362/1991 e ss.mm.ii.;

Trattamento dei dati personali

Ai sensi del decreto legislativo 196/2003 come modificato dal Reg UE 2016/679 e dal D.Lgs 101/2018, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale sono stati acquisiti. Titolare del trattamento è l'Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo. I dati relativi al Responsabile della Protezione dei Dati (comunemente indicato anche come "RPD" o "DPO") designato dall'ATS sono disponibili all'indirizzo <https://www.ats-bg.it/responsabile-della-protezione-dei-dati-rpd>. In ogni momento potranno essere esercitati dall'interessato, nei confronti del Titolare del trattamento, i diritti di cui all'art. 15 e ss del Reg. UE 2016/679.

L'interessato dichiara di aver preso visione dell'informativa completa disponibile al link <https://www.ats-bg.it/privacy-aziendale>

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza di dipendente addetto, ovvero inviata a mezzo raccomandata a.r., ovvero sottoscritta e inviata all'ufficio competente tramite p.e.c., unitamente a copia non autentica di valido documento d'identità del dichiarante nei casi previsti.

Data _____ Firma _____

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

II/la sottoscritto/a (cognome e nome) _____ nato a _____
(prov. _____) il _____ residente a _____
(prov. _____) - Via _____ n. _____ recapito telef. _____
indirizzo di posta elettronica _____
e di posta elettronica certificata _____

in qualità di Direttore di 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 iscritto all'Albo provinciale dell'Ordine dei farmacisti didal al n.
- di non aver riportato condanne penali 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;
- non essere titolare di farmacia, gestore provvisorio di farmacia, direttore responsabile o collaboratore presso altra farmacia;

oppure, in alternativa:

- di essere attualmente della farmacia sede n. del Comune di.....e di aver presentato le dimissioni in data.....;
- di prestare servizio a tempo pieno;
- 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 (da compilare solo se effettuata in farmacie fuori dalla provincia di Bergamo):

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

Trattamento dei dati personali: Ai sensi del decreto legislativo 196/2003 come modificato dal Reg UE 2016/679 e dal D.Lgs 101/2018, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale sono stati acquisiti. Titolare del trattamento è l'Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo. I dati relativi al Responsabile della Protezione dei Dati (comunemente indicato anche come "RPD" o "DPO") designato dall'ATS sono disponibili all'indirizzo <https://www.ats-bg.it/responsabile-della-protezione-dei-dati-rpd>. In ogni momento potranno essere esercitati dall'interessato, nei confronti del Titolare del trattamento, i diritti di cui all'art. 15 e ss del Reg. UE 2016/679. L'interessato dichiara di aver preso visione dell'informativa completa disponibile al link <https://www.ats-bg.it/privacy-aziendale>. Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza di dipendente addetto, ovvero inviata a mezzo raccomandata a.r., ovvero sottoscritta e inviata all'ufficio competente tramite p.e.c., unitamente a copia non autentica di valido documento d'identità del dichiarante nei casi previsti, tramite p.e.c., unitamente a copia non autentica di valido documento d'identità del dichiarante nei casi previsti.

Data _____ Firma _____

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. _____) il _____
 residente a _____ (prov. _____) - Via _____ n. _____
 recapito telef. _____ indirizzo di posta elettronica _____
 e di posta elettronica certificata _____

in qualità di Direttore di 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

- ☐ non esercitare la professione medica;
- ☐ non essere Responsabile tecnico di distributori di medicinali ad uso umano;
- ☐ non essere Responsabile della vendita diretta di medicinali veterinari presso magazzino autorizzato;
- ☐ non esercitare la professione di propagandista di prodotti medicinali;
- ☐ non ricoprire posti di ruolo nell'amministrazione dello Stato, compresi quelli di assistente e titolare di cattedra universitaria, o in enti locali o comunque pubblici;
- ☐ essere socio della farmacia di cui assume la direzione

e inoltre, di:

- ☐ essere socio di altre società titolari di farmacia quali:

- ☐ non essere socio di altre società titolari di farmacia,

Trattamento dei dati personali

Ai sensi del decreto legislativo 196/2003 come modificato dal Reg UE 2016/679 e dal D.Lgs 101/2018, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale sono stati acquisiti. Titolare del trattamento è l'Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo. I dati relativi al Responsabile della Protezione dei Dati (comunemente indicato anche come "RPD" o "DPO") designato dall'ATS sono disponibili all'indirizzo <https://www.ats-bg.it/responsabile-della-protezione-dei-dati-rpd>. In ogni momento potranno essere esercitati dall'interessato, nei confronti del Titolare del trattamento, i diritti di cui all'art. 15 e ss del Reg. UE 2016/679.

L'interessato dichiara di aver preso visione dell'informativa completa disponibile al link <https://www.ats-bg.it/privacy-aziendale>

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza di dipendente addetto, ovvero inviata a mezzo raccomandata a.r., ovvero sottoscritta e inviata all'ufficio competente tramite p.e.c., unitamente a copia non autentica di valido documento d'identità del dichiarante nei casi previsti.

Data _____ Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(ai sensi dell'art.47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i.)

Il/la sottoscritto/a codice fiscale

Nato/a a (prov.) il

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

Recapito / domicilio presso Via n.

Indirizzo di posta elettronica / posta elettronica certificata (PEC)
.....

ai sensi dell'art.47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i, 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,

D I C H I A R A

che nulla è mutato relativamente ai locali della farmacia dall'ultima ispezione avvenuta il
.....e, pertanto, nessuna variazione è avvenuta in merito a:

- planimetria locali,
- n. addetti contemporaneamente presenti durante l'attività, ad eccezione del Dr.
.....subentrato il
- conformità impianti,
- agibilità.

Trattamento dei dati personali

Ai sensi del decreto legislativo 196/2003 come modificato dal Reg UE 2016/679 e dal D.Lgs 101/2018, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale sono stati acquisiti. Titolare del trattamento è l'Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo. I dati relativi al Responsabile della Protezione dei Dati (comunemente indicato anche come "RPD" o "DPO") designato dall'ATS sono disponibili all'indirizzo <https://www.ats-bg.it/responsabile-della-protezione-dei-dati-rpd>. In ogni momento potranno essere esercitati dall'interessato, nei confronti del Titolare del trattamento, i diritti di cui all'art. 15 e ss del Reg. UE 2016/679.

L'interessato dichiara di aver preso visione dell'informativa completa disponibile al link <https://www.ats-bg.it/privacy-aziendale>

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza di dipendente addetto, ovvero inviata a mezzo raccomandata a.r., ovvero sottoscritta e inviata all'ufficio competente tramite p.e.c., unitamente a copia non autentica di valido documento d'identità del dichiarante nei casi previsti.

Data Firma

RICHIESTA VIDIMAZIONE
REGISTRO ENTRATA ED USCITA SOSTANZE STUPEFACENTI DI CUI ALL'ART. 60 D.P.R. n. 309/90 e
s.m.i.

Il sottoscritto in
qualità di titolare della farmacia della sede n. del
Comune di Recapito telefonico
Indirizzo pec

CHIEDE

la vidimazione del registro di entrata e uscita sostanze stupefacenti di cui all'art. 60, comma 1,
del DPR 309/90 e s.m.i..

Trattamento dei dati personali

Ai sensi del decreto legislativo 196/2003 come modificato dal Reg UE 2016/679 e dal D.Lgs 101/2018, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale sono stati acquisiti. Titolare del trattamento è l'Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo. I dati relativi al Responsabile della Protezione dei Dati (comunemente indicato anche come "RPD" o "DPO") designato dall'ATS sono disponibili all'indirizzo <https://www.ats-bg.it/responsabile-della-protezione-dei-dati-rpd>. In ogni momento potranno essere esercitati dall'interessato, nei confronti del Titolare del trattamento, i diritti di cui all'art. 15 e ss del Reg. UE 2016/679.

L'interessato dichiara di aver preso visione dell'informativa completa disponibile al link <https://www.ats-bg.it/privacy-aziendale>

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza di dipendente addetto, ovvero inviata a mezzo raccomandata a.r., ovvero sottoscritta e inviata all'ufficio competente tramite p.e.c., unitamente a copia non autentica di valido documento d'identità del dichiarante nei casi previsti.

Data Firma