MARCA DA BOLLO

Tariffa in vigore

Spett.le

ATS Insubria

Servizio Farmaceutico

Via Ottorino Rossi n. 9

21100 Varese

*PEC:* [*protocollo@pec.ats-insubria.it*](mailto:protocollo@pec.ats-insubria.it)

OGGETTO: Istanza per riconoscimento titolarità e autorizzazione all’apertura ed esercizio di Farmacia a seguito di concorso pubblico straordinario indetto da Regione Lombardia con DDGS n. 9986 del 8/11/2012.

I sottoscritti componenti dell’associazione ….……………….…….… (prot. della domanda di concorso) composta da:

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. ……..…

e soci della società \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CF/P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONSIDERATA**

l'assegnazione definitiva, come da lettera della Regione Lombardia ricevuta via PEC in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, della sede farmaceutica n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Comune di

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDONO**

* il riconoscimento a proprio nome e pro indiviso della titolarità della Sede n. ………………………..

del Comune di …………………………………………………………………………………………….……………………...…….

* l’autorizzazione all’apertura ed esercizio della farmacia denominata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ubicata in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

affidando la gestione in forma collettiva, alla società \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CF/PIVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede legale in

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, di cui sono soci su base paritetica con l’impegno di rimanere tali per almeno tre anni;

A tal fine allegano la seguente documentazione (apporre il simbolo X ad indicare i documenti allegati):

* Dichiarazione sostitutiva di atto notorio d’assenza di situazioni di incompatibilità per ciascuno dei richiedenti (modulo 1) NB: eventuali situazioni di incompatibilità dovranno essere risolte tempestivamente, se possibile prima dello svolgimento dell’ispezione preventiva e comunque prima dell’adozione del provvedimento autorizzativo;
* Dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa ai requisiti richiesti per la titolarità e l’autorizzazione all’apertura per ciascuno dei richiedenti (modulo 2);
* Copia documento d'identità valido e codice fiscale per ciascuno dei richiedenti;
* Atto costitutivo della società\* in copia conforme all’originale o documento informatico sottoscritto digitalmente; (\*= Caratteristiche della società: deve avere oggetto esclusivo la gestione di una farmacia e la gestione associata da parte dei soci su base paritaria);
* Dichiarazione sostitutiva del certificato di iscrizione alla Camera di Commercio Industria Artigianato e Agricoltura (modulo 3);
* Indicazione del nominativo del direttore responsabile a firma dei richiedenti (modulo 4);
* Dichiarazione a firma dei richiedenti relativa alla collocazione della farmacia (modulo 5);
* Richiesta vidimazione Registro entrata uscita stupefacenti OPPURE comunicazione utilizzo registro informatico di cui all’art. 2 comma 1 lett. b) del DM 11/05/2010;
* Dichiarazione dell’orario previsto di apertura (modulo 6);
* Planimetria dei locali datata e firmata da tecnico abilitato, in scala 1:100, con indicati i rapporti aereo-illuminanti, le destinazioni d’uso dei singoli locali, le sezioni, le vie di fuga e l’accessibilità ai portatori di handicap;
* 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).

I richiedenti si impegnano inoltre, al fine di consentire a codesto Servizio l’espletamento dell’istruttoria necessaria al rilascio dell’autorizzazione, a trasmettere la **comunicazione di disponibilità dei locali per l'ispezione preventiva** *(modulo 7),* con la documentazione indicata nel modulo.

……………………………………….………, ………………………………….

*(luogo) (data)*

………………………………………………………………….

*(firma)*

………………………………………………………………….

*(firma)*

………………………………………………………………….

*(firma)*

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.L.vo nr. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

………………………………………………………………….

*(firma)*

………………………………………………………………….

*(firma)*

………………………………………………………………….

*(firma)*