

**DOMANDA PER
TRAFERIMENTO DELLA TITOLARITA' PER ATTO TRA VIVI**

(Il presente modello deve essere presentato in n. 2 copie + una per l'interessato con domanda unica in bollo)

AI COMUNE DI _____

Il sottoscritto: Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ (Prov. ____)

Cittadinanza italiana ovvero _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. ____)

Via/P.zza _____ n. _____

In qualità di

Titolare **Legale rappresentante** _____

della

Farmacia Privata

Farmacia Comunale

sita in _____ Via/Piazza _____ n. _____

CAP _____ Tel. _____ Fax _____

E-mail _____ @ _____

Sede farmaceutica n. _____ della pianta organica del Comune di _____

C.Fisc

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

P.IVA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

denominazione o ragione sociale _____

con sede legale ovvero [] amministrativa nel Comune di _____

(Prov. ____) Via/P.zza _____ n. _____

CAP _____

Iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di _____ al n. _____

Iscrizione al Tribunale di _____ al n. _____ (se prevista)

CHIEDE

Ai sensi della L.R. 16/2000 e successive modifiche ed integrazioni, l'attivazione dei procedimenti amministrativi, diretti all'ottenimento dell'atto di **Trasferimento della titolarità nell'esercizio della Farmacia** _____

di cui all'autorizzazione rilasciata da _____ atto N. _____ del
 _____ intestata a _____
 Sede farmaceutica N. _____ della pianta organica del Comune di _____
 con sede in Via/P.zza _____ n. _____ CAP _____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445 del 28.12.2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000 e che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti, uso di atti falsi, l'Amministrazione è obbligata a provvedere alla pronuncia di decadenza dell'autorizzazione già rilasciata,

DICHIARA

- che sono decorsi anni _____ (*minimo tre*) dal rilascio dell'autorizzazione n. _____ del _____ rilasciata da _____ (*ultima in ordine di rilascio*)
- di essere Iscritto all'Albo Professionale della Provincia di _____
- di aver conseguito l'idoneità al diritto di esercizio della farmacia ai sensi degli artt. 7 e 13 della L.362/91, art. 12 della L. 475/68 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni;
- di non incorrere in aspetti di incompatibilità nella gestione societaria ai sensi dell'art. 8 della L.8/11/91 n. 362 e dell'art.13 della L. 475/68 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni;
- di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso che impediscano l'esercizio dell'attività;
- che ai fini antimafia non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza, o sospensione di cui all'art. 10 della Legge 575/1965 (requisiti antimafia);
- di non aver modificato i locali precedentemente autorizzati;
- di essere consapevole della necessità di attivare ulteriori ed eventuali endo-procedimenti, denunce o notifiche informative prescritte da altre disposizioni normative necessarie ai fini dello svolgimento dell'attività (quali la domanda di concessione o autorizzazione edilizia, le comunicazioni in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro, le richieste di certificati prevenzione incendi, ecc.)

in caso di società

DICHIARA INOLTRE CHE

- La società è formata dai seguenti soci:

SOCIO 1

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ (Prov. ____)

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. _____)
Via/P.zza _____ n. _____

SOCIO 2

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ (Prov. _____)

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. _____)

Via/P.zza _____ n. _____

SOCIO 3

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ (Prov. _____)

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. _____)

Via/P.zza _____ n. _____

SOCIO 4

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ (Prov. _____)

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. _____)

Via/P.zza _____ n. _____

• che tutti i soci sono in possesso dei requisiti previsti dalla normativa di legge al diritto di esercizio della farmacia (come da autocertificazione allegata - 1/A)

• che la **Direzione della farmacia è affidata** al Dr. _____ in qualità di socio, iscritto all'Albo Professionale della Provincia di _____ al n. _____, che acconsente alla nomina di Direttore della Farmacia

Acconsento alla nomina di Direttore Responsabile della farmacia indicata nella presente istanza

Firma del Direttore per accettazione

Firma da apporre davanti all'impiegato oppure allegare fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità

ALLEGA

1. **Atto** che comprovi il titolo di trasferimento della titolarità (o **dichiarazione sostitutiva** di atto di notorietà);
2. **Versamento diritti ASL e diritti Suap** – informarsi presso il Suap circa l'entità dei diritti da versare
3. **Inoltre, in caso di società, per ciascuno dei soci:**
 - 3.a: **documentazione attestante il diritto di esercizio** della farmacia ai sensi degli artt. 7 e 13 della L.362/91 e art. 13 della L.475/68 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni;
oppure
 dichiarazione sostitutiva, di cui all'art. 46 del D.P.R. 445/2000 (all.1/A)
 - 3.b: **dichiarazione** di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso che impediscano l'esercizio dell'attività (All.1/A);
 - 3.c: **dichiarazione**, ai sensi del D.Lgs. 490/94 (requisiti antimafia) (All.1/A);
 - 3.d: **documentazione** attestante di non incorrere in aspetti di **incompatibilità nella gestione societaria** ai sensi dell'art. 8 della L.8/11/91 n. 362 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni;
oppure
 dichiarazione sostitutiva, di cui all'art. 46 del D.P.R. 445/2000 (all.1/A)
4. altri allegati _____

_____ li _____

INDICAZIONI DELL'ISTITUTO BANCARIO NONCHE' DEL CONTO CORRENTE SUL QUALE ACCREDITARE LE COMPETENZE:

Firma del titolare o legale rappresentante

Firma da apporre davanti all'impiegato oppure allegare fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità

- che ai fini antimafia non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza, o sospensione di cui all'art. 10 della Legge 575/1965 (requisiti antimafia)

_____ li _____

FIRMA DEL SOCIO

Firma da apporre davanti all'impiegato oppure allegare fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 30-06-2003 n. 196
(CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI)**

Gentile utente,

ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. 30-06-2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

Finalità del trattamento dei dati:

Il trattamento è diretto all'espletamento da parte del Comune di _____ di funzioni istituzionali in virtù di compiti attribuitigli dalla legge e dai regolamenti;

Modalità del trattamento:

- a) è realizzato attraverso operazioni o complessi di operazioni, effettuati anche senza l'ausilio di strumenti elettronici, concernenti la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, la consultazione, l'elaborazione, la selezione, l'estrazione, il raffronto, l'utilizzo, l'interconnessione, la comunicazione e la diffusione di dati indicate dall'articolo 4 del D.Lgs.196/2003;
- b) è effettuato manualmente e/o con l'ausilio di mezzi informatici e telematici, secondo le prescrizioni inerenti la sicurezza previste dal titolo V del D. Lgs. n.196/2003, nei limiti dei sistemi di sicurezza e logistica e della strumentazione elettronica ed informatica in dotazione e uso al SUAP;
- c) è svolto da personale con rapporto di lavoro o collaborazione con il Comune;

Conferimento dei dati:

è necessario come onere per l'interessato che voglia ottenere un determinato provvedimento/servizio;

Rifiuto di conferire i dati:

l'eventuale rifiuto di conferire, da parte dell'interessato, i dati contenuti nella modulistica comporta l'impossibilità di evadere la pratica od ottenere l'effetto previsto dalla legge e/o da regolamenti;

Comunicazione dei dati:

i dati acquisiti sono fatti oggetto di comunicazione o di diffusione, anche per via telematica, ad altri soggetti pubblici per lo svolgimento di funzioni istituzionali, nei casi e nei modi previsti dalla legge e/o dai regolamenti. Resta peraltro fermo quanto previsto dall'art.59 del D.Lgs. 196/2003 sull'accesso ai documenti amministrativi contenenti dati personali come disciplinato dalla L.241/90 anche per quanto concerne i dati sensibili e giudiziari;

Diritti dell'interessato:

l'articolo 7 del D. Lgs. 196/2003 conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra i quali, in particolare, quello di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti informatici e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, o, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;

Titolari e responsabili del trattamento:

il titolare del trattamento dei dati è il Comune di _____. Il responsabile del trattamento dei dati è il Responsabile del Servizio

Fonti di riferimento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari

ai sensi degli articoli 21 comma 1 e 22 commi 2 e 3 del D.Lgs 196/2003, il SUAP effettua il trattamento dei dati sensibili e giudiziari indispensabili per svolgere attività istituzionali sulla base della normativa indicata nei singoli moduli di domanda o di comunicazione/DIA.

