Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Brescia

MARCA DA BOLLO
Tariffa vigente

Spett.le
ATS BRESCIA
SC Farmaceutico
Viale Duca degli Abruzzi, 15
Brescia
protocollo@pec.ats-brescia.it

OGGETTO: **Domanda d'autorizzazione all'apertura ed esercizio di farmacia offerta in prelazione al Comune.**

Il/La sottoscritto/a ……
nato/a a …… il ……
C.F. ……, nella sua qualità di Sindaco pro tempore del Comune di …… con sede in via ……
consapevole di quanto disposto dalla normativa vigente in materia,

CHIEDE

L'autorizzazione all'apertura e all'esercizio della farmacia Sede n. …… del Comune di …… ubicata in via …… n. ……
con attribuzione della denominazione qui di seguito indicata: ……

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

Se gestita in economia dal Comune:

- □ Copia del provvedimento comunale di nomina del Direttore Responsabile della farmacia (art. 10 c.4 L. 475/1968 e ss.mm.);

Se gestita da società:

- □ Copia del provvedimento comunale con cui è stata formalizzata/recepita una forma di gestione diversa dalla gestione in economia (art. 9 L. 475/1968 e ss.mm.);
- □ Copia del provvedimento comunale di aggiudicazione definitiva del servizio di gestione della farmacia;
- □ Atto costitutivo della società di gestione della Farmacia (atto pubblico o scrittura privata) in copia conforme all'originale o documento informatico sottoscritto digitalmente completo degli estremi di avvenuta registrazione;
- □ Dichiarazione sostitutiva del certificato di iscrizione alla Camera di Commercio Industria Artigianato e Agricoltura della società di gestione della Farmacia (modulo n.1LR);
- □ Dichiarazione sostitutiva di atto notorio di assenza di incompatibilità per la società di gestione della Farmacia e per tutti i soggetti coinvolti nell'amministrazione della società (modulo 2LR);
- □ Dichiarazione sostitutiva di certificazione antimafia per i soggetti di cui all'art. 85 del D. Lvo n. 159/2011 e ss.mm.ii (modulo 3LR);
- □ Dichiarazione sostitutiva di certificazione assenza di condanne penali per tutti i soggetti coinvolti nell'amministrazione della società di gestione della Farmacia (modulo 4LR);
- □ Dichiarazione sostitutiva di certificazione comprovante che la società di gestione della Farmacia, 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. 5LR);
- □ Copia di valido documento di identità e codice fiscale dei dichiaranti;

Per il socio persona fisica

- □ Dichiarazione sostitutiva di atto notorio concernente l'assenza di incompatibilità (modulo n.1PF);
- □ Dichiarazione sostitutiva di certificazione antimafia (modulo n.2PF);
- □ Dichiarazione sostitutiva di certificazione assenza di condanne penali (modulo n.3PF);
- □ Copia di valido documento di identità e del codice fiscale del dichiarante;

Per il socio persona giuridica

- □ Atto costitutivo della società (atto pubblico o scrittura privata) in copia conforme all'originale o documento informatico sottoscritto digitalmente, completo degli estremi di avvenuta registrazione;
- □ Dichiarazione sostitutiva del certificato di iscrizione alla Camera di Commercio Industria Artigianato e Agricoltura (modulo n.1LR)
- □ Dichiarazione sostitutiva di atto notorio - Assenza di incompatibilità per la società e tutti i soggetti coinvolti nell'amministrazione della società (modulo n.2LR);
- □ Dichiarazione sostitutiva di certificazione antimafia per i soggetti art. 85 del D. Lvo n. 159/2011 (modulo n.3LR);
- □ Dichiarazione sostitutiva di certificazione - Assenza di condanne penali per tutti i soggetti coinvolti nell'amministrazione della società (modulo 4LR);
- □ Copia di valido documento di identità e codice fiscale dei dichiaranti;

Documentazione relativa al farmacista preposto alla direzione:

- □ Copia del provvedimento di nomina del farmacista direttore responsabile;
- □ Dichiarazione sostitutiva di certificazione - Iscrizione Albo Provinciale dei Farmacisti - Requisito di idoneità - Assenza di condanne penali (modulo n. 1D);
- □ Dichiarazione sostitutiva di certificazione antimafia (modulo n. 2D);
- □ Dichiarazione sostitutiva di atto notorio - Assenza di incompatibilità (modulo n. 3D);
- □ Copia di valido documento di identità e codice fiscale.

Documentazione relativa ai locali della farmacia:

- □ Attestazione a firma del Sindaco o dell'Ufficio Tecnico del Comune atta a comprovare che i locali scelti sono:
  - ubicati nell'ambito della sede farmaceutica prevista dalla pianta organica (*riportare gli estremi del provvedimento di approvazione della pianta organica in vigore*);
  - distanti mt. 200 dalla più vicina farmacia, con misurazione da soglia a soglia per la via pedonale più breve, ai sensi dell'art. 1 Legge 362/1991 (*nel caso di sedi istituite con criterio topografico: distanti 3000 mt. dalle farmacie esistenti anche se ubicate in comuni diversi ai sensi dell'art. 104 comma 1, T.U.L.S. n. 1265/1934, come sostituito dall'art. 2, Legge n. 362/1991*);

- □ Planimetria dei locali in scala 1:100, datata e firmata da tecnico abilitato e dal legale rappresentante della farmacia, 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 in duplice copia;

Ulteriore documentazione da allegare:

- □ 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);
- □ Proposta di orario settimanale della farmacia;
- □ Richiesta di vidimazione registro stupefacenti e consegna del registro cartaceo (modulo R n. 1) *ovvero* Comunicazione adozione registro informatico (modulo R n. 2);

- □ Richiesta visita ispettiva preventiva ai locali della farmacia (modulo L n. 1);
- □ Marca da bollo € 16,00 (o tariffa in vigore) per il rilascio della Determinazione di autorizzazione all'apertura e all'esercizio della farmacia.

……, …… IL SINDACO ……
(luogo) (data)

Si informa che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o relativi a condanne penali e reati) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia all'indirizzo www.ats-brescia.it/informativa-priva-1 I dati di contatto del Titolare sono i seguenti: sede: Brescia, Viale Duca degli Abruzzi n. 15; Posta elettronica: privacy.RPD@ats-brescia.it; Posta elettronica certificata (PEC): protocollo@pec.ats-brescia.it. I dati del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati individuato dal Titolare sono rinvenibili sul sito web istituzionale del Titolare del trattamento ed è reperibile presso la sede del Titolare in Viale Duca degli Abruzzi, 15, Brescia. In caso di istanze/comunicazioni scritte da inviarsi in modalità digitale, il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati può essere contattato al seguente indirizzo di posta elettronica: privacy.RPD@ats-brescia.it o al seguente indirizzo PEC: protocollo@pec.ats-brescia.it

Data _____ Firma _____

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.

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Brescia

Per la società gestore di farmacia/socio persona giuridica di società Modulo n. 1LR

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 LEGALE RAPPRESENTANTE dell'Impresa

_____

D I C H I A R A

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Brescia

SOCI E TITOLARI DI DIRITTI SU QUOTE E AZIONI/PROPRIETARI

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA NASCITA	CARICA

SEDI SECONDARIE E UNITA' LOCALI

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.

_____ , il _____

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

Si informa che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o relativi a condanne penali e reati) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia all'indirizzo www.ats-brescia.it/informativa-priva-1 I dati di contatto del Titolare sono i seguenti: sede: Brescia, Viale Duca degli Abruzzi n. 15; Posta elettronica: privacy.RPD@ats-brescia.it; Posta elettronica certificata (PEC): protocollo@pec.ats-brescia.it. I dati del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati individuato dal Titolare sono rinvenibili sul sito web istituzionale del Titolare del trattamento ed è reperibile presso la sede del Titolare in Viale Duca degli Abruzzi, 15, Brescia. In caso di istanze/comunicazioni scritte da inviarsi in modalità digitale, il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati può essere contattato al seguente indirizzo di posta elettronica: privacy.RPD@ats-brescia.it o al seguente indirizzo PEC: protocollo@pec.ats-brescia.it

Data _____ Firma _____

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.

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Brescia

Per la società gestore di farmacia/socio persona giuridica di società Modulo 2LR

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' - ASSENZA DI INCOMPATIBILITA'
(ai sensi degli artt. 46 - 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445 e ss.mm.ii.)

Il sottoscritto _____ _____

Nato a _____ (prov. _____) il _____

Residente a _____ Via _____ n. __

indirizzo posta elettronica certificata (PEC) _____

Recapito telefonico _____

in qualità di Legale rappresentante della Società:

_____

C.F./P.I. _____

☐ **gestore di farmacia**

☐ **Socio di società gestore 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

- che **la società** sopra indicata non si trova nelle situazioni di incompatibilità di cui all' articolo 7 comma 2 e, per quanto compatibile, all'articolo 8 comma 1 della Legge 362/1991 e ss.mm.ii..
- che **il sottoscritto** non si trova nelle situazioni di incompatibilità di cui all' articolo 7 comma 2 e, per quanto compatibile, all'articolo 8 comma 1 della Legge 362/1991 e ss.mm.ii..
- che **tutti i soggetti coinvolti nella gestione/amministrazione** non si trovano nelle situazioni di incompatibilità di cui all' articolo 7 comma 2 e all'articolo 8 comma 1 della Legge 362/1991 e ss.mm.ii..*

*** N.B. Nel caso in cui il Legale rappresentante non voglia dichiarare per conto di tutti i soggetti coinvolti nella gestione/amministrazione, ogni soggetto deve produrre dichiarazione sostitutiva di atto di notorieta' – ASSENZA DI INCOMPATIBILITA'**

Data _____ Firma _____

Si informa che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o relativi a condanne penali e reati) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia all'indirizzo www.ats-brescia.it/informativa-priva-1 I dati di contatto del Titolare sono i seguenti: sede: Brescia, Viale Duca degli Abruzzi n. 15; Posta elettronica: privacy.RPD@ats-brescia.it; Posta elettronica certificata (PEC): protocollo@pec.ats-brescia.it. I dati del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati individuato dal Titolare sono rinvenibili sul sito web istituzionale del Titolare del trattamento ed è reperibile presso la sede del Titolare in Viale Duca degli Abruzzi, 15, Brescia. In caso di istanze/comunicazioni scritte da inviarsi in modalità digitale, il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati può essere contattato al seguente indirizzo di posta elettronica: privacy.RPD@ats-brescia.it o al seguente indirizzo PEC: protocollo@pec.ats-brescia.it

Data _____ Firma _____

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.

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Brescia

Per la società gestore di Farmacia/socio persona giuridica di società Modulo n. 3LR

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE ANTIMAFIA

(art. 46 - 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e ss.mm.ii.)

Il sottoscritto _____ _____

Nato a _____ (prov. _____) il _____

Residente a _____ Via _____ n. __

indirizzo posta elettronica certificata (PEC) _____

Recapito telefonico _____

in qualità di Legale rappresentante della Società:

_____

C.F./P.I. _____

☐ **Gestore di farmacia**

☐ **Socio di società gestore 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 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;
□ **nei confronti dei soggetti indicati nell'art. 85 del D. Lvo n. 159/2011*** 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.

*** N.B. Nel caso in cui il Legale rappresentante non voglia dichiarare per conto di tutti i soggetti indicati nell'art. 85 del D. Lvo n. 159/2011, ogni soggetto di cui al medesimo articolo 85 e riportato nella tabella seguente, deve produrre dichiarazione sostitutiva di certificazione antimafia - Persona fisica**

Data _____ Firma _____

Si informa che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o relativi a condanne penali e reati) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia all'indirizzo www.ats-brescia.it/informativa-priva-1 I dati di contatto del Titolare sono i seguenti: sede: Brescia, Viale Duca degli Abruzzi n. 15; Posta elettronica: privacy.RPD@ats-brescia.it; Posta elettronica certificata (PEC): protocollo@pec.ats-brescia.it. I dati del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati individuato dal Titolare sono rinvenibili sul sito web istituzionale del Titolare del trattamento ed è reperibile presso la sede del Titolare in Viale Duca degli Abruzzi, 15, Brescia. In caso di istanze/comunicazioni scritte da inviarsi in modalità digitale, il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati può essere contattato al seguente indirizzo di posta elettronica: privacy.RPD@ats-brescia.it o al seguente indirizzo PEC: protocollo@pec.ats-brescia.it

Data _____ Firma _____

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.

controlli antimafia introdotti dal D.Lgs n. 159/2011 e successive modifiche e correzioni	
Soggetti Art. 85 del D.Lgs 159/2011 *(vedi nota a margine sugli ulteriori controlli)	
Impresa individuale	1. Titolare dell'impresa **2. direttore tecnico (se previsto)**
Associazioni	1. Legali rappresentanti 2. **membri del collegio dei revisori dei conti o sindacale (se previsti)**
Società di capitali o cooperative	1. Legale rappresentante 2. Amministratori (presidente del CdA/amministratore delegato, consiglieri) **3. direttore tecnico (se previsto)** **4. membri del collegio sindacale** **5. socio di maggioranza (nelle società con un numero di soci pari o inferiore a 4)** **6. socio (in caso di società unipersonale)** **7. membri del collegio sindacale o, nei casi contemplati dall' art. 2477 del codice civile, al sindaco, nonché ai soggetti che svolgono i compiti di vigilanza di cui all'art. 6, comma 1, lettera b) del D.Lgs 231/2001;**
Società semplice e in nome collettivo	1. tutti i soci **2. direttore tecnico (se previsto)** **3. membri del collegio sindacale (se previsti)**
Società in accomandita semplice	1. soci accomandatari **2. direttore tecnico (se previsto)** **3. membri del collegio sindacale (se previsti)**
Società estere con sede secondaria in Italia	1. coloro che le rappresentano stabilmente in Italia **2. direttore tecnico (se previsto)** **3. membri del collegio sindacale (se previsti)**
Società estere prive di sede secondaria con rappresentanza stabile in Italia	**1. Coloro che esercitano poteri di amministrazione (presidente del CdA/amministratore delegato, consiglieri) rappresentanza o direzione dell'impresa**
Società personali (oltre a quanto espressamente previsto per le società in nome collettivo e accomandita semplice)	**1. Soci persone fisiche delle società personali o di capitali che sono socie della società personale esaminata** **2. Direttore tecnico (se previsto)** **3. membri del collegio sindacale (se previsti)**
Società di capitali anche consortili, per le società cooperative di consorzi cooperativi, per i consorzi con attività esterna	1. legale rappresentante 2. componenti organo di amministrazione (presidente del CdA/amministratore delegato, consiglieri)** **3. direttore tecnico (se previsto)** **4. membri del collegio sindacale (se previsti)***** 5. ciascuno dei consorziati che nei consorzi e nelle società consortili detenga una partecipazione superiore al 10 per cento oppure detenga una partecipazione inferiore al 10 per cento e che abbia stipulato un patto parasociale riferibile a una partecipazione pari o superiore al 10 percento, ed ai soci o consorziati per conto dei quali le società consortili o i consorzi operino in modo esclusivo nei confronti della pubblica amministrazione;
Consorzi ex art. 2602 c.c. non aventi attività esterna e per i gruppi europei di interesse economico	1. legale rappresentante 2. eventuali componenti dell' organo di amministrazione (presidente del CdA/amministratore delegato, consiglieri)** **3. direttore tecnico (se previsto)** 4. imprenditori e società consorziate (e relativi legale rappresentante ed eventuali componenti dell' organo di amministrazione)** **5. membri del collegio sindacale (se previsti)***
Raggruppamenti temporanei di imprese	1. tutte le imprese costituenti il Raggruppamento anche se aventi sede all' estero, nonché le persone fisiche presenti al loro interno, come individuate per ciascuna tipologia di imprese e società 2. **direttore tecnico (se previsto)** 3. **membri del collegio sindacale (se previsti)****
Per le società di capitali anche consortili, per le società cooperative di consorzi cooperativi, per i consorzi con attività esterna e per le società di capitali con un numero di soci pari o inferiore a quattro (vedi lettera c del comma 2 art. 85) <u>concessionarie nel settore dei giochi pubblici</u>	**Oltre ai controlli previsti per le società di capitali anche consortili, per le società cooperative di consorzi cooperativi, per i consorzi con attività esterna e per le società di capitali con un numero di soci pari o inferiore a quattro, la documentazione antimafia deve riferirsi anche ai soci e alle persone fisiche che detengono, anche indirettamente, una partecipazione al capitale o al patrimonio superiore al 2 per cento, nonché ai direttori generali e ai soggetti responsabili delle sedi secondarie o delle stabili organizzazioni in Italia di soggetti non residenti. Nell'ipotesi in cui i soci persone fisiche detengano la partecipazione superiore alla predetta soglia mediante altre società di capitali,**

	la documentazione deve riferirsi anche al legale rappresentante e agli eventuali componenti dell'organo di amministrazione della società socia, alle persone fisiche che, direttamente o indirettamente, controllano tale società, nonchè ai direttori generali e ai soggetti responsabili delle sedi secondarie o delle stabili organizzazioni in Italia di soggetti non residenti. La documentazione di cui al periodo precedente deve riferirsi anche al coniuge non separato.

***Ulteriori controlli**: si precisa che i controlli antimafia sono effettuati anche sui **procuratori e sui procuratori speciali (**che, sulla base dei poteri conferitigli, siano legittimati a partecipare alle procedure di affidamento di appalti pubblici di cui al relativo codice, a stipulare i relativi contratti in caso di aggiudicazione per i quali sia richiesta la documentazione antimafia e, comunque, più in generale, i procuratori che esercitano poteri che per la rilevanza sostanziale e lo spessore economico sono tali da impegnare sul piano decisionale e gestorio la società determinandone in qualsiasi modo le scelte o gli indirizzi) nonché**, nei casi contemplati dall'art. art. 2477** del c.c., **al sindaco**, nonché ai **soggetti che svolgono i compiti di vigilanza** di cui all'art. 6, comma 1 , lett. b) del D.Lgs 8 giugno 2011, n. 231.

****Per componenti del consiglio di amministrazione** si intendono: presidente del C.d.A., Amministratore Delegato, Consiglieri.

***** **Per sindaci** si intendono sia quelli effettivi che supplenti.

Concetto di "socio di maggioranza"

Per socio di maggioranza si intende "la persona fisica o giuridica che detiene la maggioranza relativa delle quote o azioni della società interessata".
Nel caso di più soci (es. 3 o 4) con la medesima percentuale di quote o azioni del capitale sociale della società interessata, non è richiesta alcuna documentazione relativa al socio di maggioranza.
La documentazione dovrà, invece essere prodotta nel caso in cui i soci (persone fisiche o giuridiche) della società interessata al rilascio della comunicazione o informazione antimafia siano ciascuno titolari di quote o azioni pari al 50% del capitale sociale.
Ciò in coerenza con l'art. 91, comma 5 del D.lgs 159/2011e la sentenza n. 4654 del 28/08/2012 del Consiglio di Stato Sez. V.

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Brescia

Per la società gestore di Farmacia/socio persona giuridica di società Modulo n. 4LR

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE - ASSENZA CONDANNE PENALI
(ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445 e ss.mm.ii.)

Il sottoscritto _____

Nato a _____ (prov. ____) _____

Residente a _____ via _____ n. __

indirizzo posta elettronica certificata (PEC) _____

Recapito telefonico _____

in qualità di Legale rappresentante della Società:

_____

C.F./P.I_____

☐ **Gestore di farmacia**

☐ **Socio di società gestore 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

□ **nei propri confronti:**

- ☐ di non aver riportato condanne penali
- ☐ 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;
- ☐ di essere sottoposto ai seguenti procedimenti penali: _____
- ☐ di essere sottoposto alle seguenti azioni giudiziarie civili o penali: _____

□ **nei confronti dei soggetti coinvolti nell'amministrazione della suddetta società, per quanto di diretta conoscenza*:**

- ☐ che nessuno ha riportato condanne penali
- ☐ che nessuno è 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;
- ☐ che nessuno è sottoposto a procedimenti penali;
- ☐ che i seguenti soggetti _____ (C.F. _____)
  sono sottoposti ai seguenti procedimenti penali: _____
- ☐ che i seguenti soggetti _____ (C.F. _____)
  sono sottoposti alle seguenti azioni giudiziarie civili o penali: _____

*** N.B. Nel caso in cui il Legale rappresentante non voglia dichiarare per conto di tutti i soggetti coinvolti nell'amministrazione, ogni soggetto deve produrre dichiarazione sostitutiva di certificazione - Persona fisica**

Data _____ Firma _____

Si informa che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o relativi a condanne penali e reati) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia all'indirizzo www.ats-brescia.it/informativa-priva-1 I dati di contatto del Titolare sono i seguenti: sede: Brescia, Viale Duca degli Abruzzi n. 15; Posta elettronica: privacy.RPD@ats-brescia.it; Posta elettronica certificata (PEC): protocollo@pec.ats-brescia.it. I dati del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati individuato dal Titolare sono rinvenibili sul sito web istituzionale del Titolare del trattamento ed è reperibile presso la sede del Titolare in Viale Duca degli Abruzzi, 15, Brescia. In caso di istanze/comunicazioni scritte da inviarsi in modalità digitale, il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati può essere contattato al seguente indirizzo di posta elettronica: privacy.RPD@ats-brescia.it o al seguente indirizzo PEC: protocollo@pec.ats-brescia.it

Data _____ Firma _____

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.

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Brescia

Per la società gestore di farmacia Modulo n. 5LR

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 Legale Rappresentante della società

Denominazione: _____

Sede _____

Codice Fiscale _____

Partita I.V.A. _____

D I C H I A R A

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.

Data _____ Firma _____

Si informa che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o relativi a condanne penali e reati) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia all'indirizzo www.ats-brescia.it/informativa-priva-1 I dati di contatto del Titolare sono i seguenti: sede: Brescia, Viale Duca degli Abruzzi n. 15; Posta elettronica: privacy.RPD@ats-brescia.it; Posta elettronica certificata (PEC): protocollo@pec.ats-brescia.it. I dati del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati individuato dal Titolare sono rinvenibili sul sito web istituzionale del Titolare del trattamento ed è reperibile presso la sede del Titolare in Viale Duca degli Abruzzi, 15, Brescia. In caso di istanze/comunicazioni scritte da inviarsi in modalità digitale, il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati può essere contattato al seguente indirizzo di posta elettronica: privacy.RPD@ats-brescia.it o al seguente indirizzo PEC: protocollo@pec.ats-brescia.it

Data _____ Firma _____

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.

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Brescia

Socio persona fisica Modulo n. 1PF

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' – ASSENZA INCOMPATIBILITA'
(ai sensi dell'art. 46 e 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445 e ss.mm.ii.)

II/la sottoscritto/a _____

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 gestore 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

- di non esplicare attività nel settore della produzione ed informazione scientifica del farmaco;
- di non esercitare la professione medica;
- di non essere titolare, gestore provvisorio, direttore o collaboratore di altra farmacia;
- ☐ di non essere in rapporto di lavoro con enti pubblici o privati;

oppure

- ☐ di essere in rapporto di lavoro pubblico o privato e di non essere in alcun modo coinvolto nella gestione/amministrazione della farmacia e della società;

Data _____ Firma _____

Si informa che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o relativi a condanne penali e reati) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia all'indirizzo www.ats-brescia.it/informativa-priva-1. I dati di contatto del Titolare sono i seguenti: sede: Brescia, Viale Duca degli Abruzzi n. 15; Posta elettronica: privacy.RPD@ats-brescia.it; Posta elettronica certificata (PEC): protocollo@pec.ats-brescia.it. I dati del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati individuato dal Titolare sono rinvenibili sul sito web istituzionale del Titolare del trattamento ed è reperibile presso la sede del Titolare in Viale Duca degli Abruzzi, 15, Brescia. In caso di istanze/comunicazioni scritte da inviarsi in modalità digitale, il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati può essere contattato al seguente indirizzo di posta elettronica: privacy.RPD@ats-brescia.it o al seguente indirizzo PEC: protocollo@pec.ats-brescia.it

Data _____ Firma _____

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.

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Brescia

Socio persona fisica Modulo n.2PF

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE ANTIMAFIA – PERSONA FISICA

(art. 46 - 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e ss.mm.ii.)

Il sottoscritto _____ _____

Nato a _____ (prov. ____) il _____

Residente a _____ Via _____ n. __

indirizzo posta elettronica certificata (PEC) _____

Recapito telefonico _____

in qualità di socio di società gestore 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 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;

Data _____ Firma _____

Si informa che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o relativi a condanne penali e reati) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia all'indirizzo www.ats-brescia.it/informativa-priva-1. I dati di contatto del Titolare sono i seguenti: sede: Brescia, Viale Duca degli Abruzzi n. 15; Posta elettronica: privacy.RPD@ats-brescia.it; Posta elettronica certificata (PEC): protocollo@pec.ats-brescia.it. I dati del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati individuato dal Titolare sono rinvenibili sul sito web istituzionale del Titolare del trattamento ed è reperibile presso la sede del Titolare in Viale Duca degli Abruzzi, 15, Brescia. In caso di istanze/comunicazioni scritte da inviarsi in modalità digitale, il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati può essere contattato al seguente indirizzo di posta elettronica: privacy.RPD@ats-brescia.it o al seguente indirizzo PEC: protocollo@pec.ats-brescia.it

Data _____ Firma _____

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.

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Brescia

Socio persona fisica Modulo n.3PF

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA CERTIFICAZIONE - ASSENZA CONDANNE PENALI
(ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445 e ss.mm.ii.)

II/la sottoscritto/a _____

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 gestore 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 non aver riportato condanne penali
- ☐ 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;
- ☐ di essere sottoposto ai seguenti procedimenti penali: _____
- ☐ di essere sottoposto alle seguenti azioni giudiziarie civili o penali:_____
  _____

Data _____ Firma _____

Si informa che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o relativi a condanne penali e reati) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia all'indirizzo www.ats-brescia.it/informativa-priva-1 . I dati di contatto del Titolare sono i seguenti: sede: Brescia, Viale Duca degli Abruzzi n. 15; Posta elettronica: privacy.RPD@ats-brescia.it; Posta elettronica certificata (PEC): protocollo@pec.ats-brescia.it. I dati del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati individuato dal Titolare sono rinvenibili sul sito web istituzionale del Titolare del trattamento ed è reperibile presso la sede del Titolare in Viale Duca degli Abruzzi, 15, Brescia. In caso di istanze/comunicazioni scritte da inviarsi in modalità digitale, il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati può essere contattato al seguente indirizzo di posta elettronica: privacy.RPD@ats-brescia.it o al seguente indirizzo PEC: protocollo@pec.ats-brescia.it

Data _____ Firma _____

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.

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Brescia

Direttore di farmacia Modulo n. 1D

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 di …… dal ……..…… al n. ……
- di essere in possesso del requisito di idoneità di cui all'art. 12 della L. 475/1968 e s.m.i. conseguito _____

☐ di non essere sottoposto a provvedimenti di sospensione o cancellazione dall'Ordine professionale

☐ di non aver riportato condanne penali

☐ 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;

☐ di essere sottoposto ai seguenti procedimenti penali: _____

☐ di essere sottoposto alle seguenti azioni giudiziarie civili o penali: _____

Data _____ Firma _____

Si informa che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o relativi a condanne penali e reati) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia all'indirizzo www.ats-brescia.it/informativa-priva-1. I dati di contatto del Titolare sono i seguenti: sede: Brescia, Viale Duca degli Abruzzi n. 15; Posta elettronica: privacy.RPD@ats-brescia.it; Posta elettronica certificata (PEC): protocollo@pec.ats-brescia.it. I dati del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati individuato dal Titolare sono rinvenibili sul sito web istituzionale del Titolare del trattamento ed è reperibile presso la sede del Titolare in Viale Duca degli Abruzzi, 15, Brescia. In caso di istanze/comunicazioni scritte da inviarsi in modalità digitale, il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati può essere contattato al seguente indirizzo di posta elettronica: privacy.RPD@ats-brescia.it o al seguente indirizzo PEC: protocollo@pec.ats-brescia.it

Data _____ Firma _____

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Brescia

Direttore di farmacia Modulo n. 2D

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' – ASSENZA INCOMPATIBILITA'
(ai sensi dell'art. 46 e 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445 e ss.mm.ii.)

II/la sottoscritto/a _____

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

sotto la propria responsabilità di:

- non essere titolare di farmacia, gestore provvisorio di farmacia, direttore responsabile o collaboratore presso altra farmacia;
- 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

oppure

☐ non essere socio della farmacia di cui assume la direzione né socio di altre società titolari di farmacia.

Data _____ Firma _____

Si informa che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o relativi a condanne penali e reati) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia all'indirizzo www.ats-brescia.it/informativa-priva-1 I dati di contatto del Titolare sono i seguenti: sede: Brescia, Viale Duca degli Abruzzi n. 15; Posta elettronica: privacy.RPD@ats-brescia.it; Posta elettronica certificata (PEC): protocollo@pec.ats-brescia.it. I dati del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati individuato dal Titolare sono rinvenibili sul sito web istituzionale del Titolare del trattamento ed è reperibile presso la sede del Titolare in Viale Duca degli Abruzzi, 15, Brescia. In caso di istanze/comunicazioni scritte da inviarsi in modalità digitale, il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati può essere contattato al seguente indirizzo di posta elettronica: privacy.RPD@ats-brescia.it o al seguente indirizzo PEC: protocollo@pec.ats-brescia.it

Data _____ Firma _____

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.

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Brescia

Direttore di farmacia Modulo n. 3D

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE ANTIMAFIA – PERSONA FISICA

(art. 46 - 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e ss.mm.ii.)

Il sottoscritto _____ _____

Nato a _____ (prov. ____) il _____

Residente a _____ Via _____ n. __

indirizzo posta elettronica certificata (PEC) _____

Recapito telefonico _____

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

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;

Data _____ Firma _____

Si informa che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o relativi a condanne penali e reati) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia all'indirizzo www.ats-brescia.it/informativa-priva-1 I dati di contatto del Titolare sono i seguenti: sede: Brescia, Viale Duca degli Abruzzi n. 15; Posta elettronica: privacy.RPD@ats-brescia.it; Posta elettronica certificata (PEC): protocollo@pec.ats-brescia.it. I dati del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati individuato dal Titolare sono rinvenibili sul sito web istituzionale del Titolare del trattamento ed è reperibile presso la sede del Titolare in Viale Duca degli Abruzzi, 15, Brescia. In caso di istanze/comunicazioni scritte da inviarsi in modalità digitale, il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati può essere contattato al seguente indirizzo di posta elettronica: privacy.RPD@ats-brescia.it o al seguente indirizzo PEC: protocollo@pec.ats-brescia.it

Data _____ Firma _____

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.

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Brescia

Modulo R n. 1

Alla cortese attenzione di
SERVIZIO FARMACEUTICO
ATS Brescia
Sua Sede

Oggetto: Richiesta vidimazione registro entrata e uscita sostanze stupefacenti di cui all'art. 60 DPR n. 309/90 e successive modifiche.

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

Nato a _____ (prov. _____) il _____

Residente a _____ Via _____ n. __

Indirizzo posta elettronica certificata (PEC) _____

In qualità di direttore della farmacia sede n. _____ del Comune di _____

CHIEDE

la vidimazione del registro di entrata e uscita sostanze stupefacenti di cui all'art. 60, comma 1, del DPR 309/90 e successive modifiche:

- ☐ che è consegnato unitamente alla presente richiesta;
- ☐ che verrà consegnato presso la Segreteria del Servizio Farmaceutico.

Allega ricevuta di avvenuto versamento del diritto fisso di segreteria pari a €=33,00= mediante accesso al Portale Pagamenti al link: https://pagamentinlombardia.servizirl.it/pa/changeEnte.html?enteToChange=ATSBS&redirectUrl selezionando, nella Sezione "Altre tipologie di pagamento", la voce "Altri Introiti" e valorizzando con la causale "Vidimazione registro entrata e uscita art. 60 DPR 309/90 – Sede Farmaceutica n. …. Del Comune di ……".

Distinti saluti.

Data _____

Timbro e Firma _____

Aggiornamento aprile 2026

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Brescia

Modulo R n. 2

Al
S.C. FARMACEUTICO
ATS Brescia
Sua Sede

Oggetto: Comunicazione adozione registro informatico delle sostanze stupefacenti e psicotrope, dei medicinali e delle composizioni di cui all'art. 1 del DM 11 maggio 2010.

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

Nato a _____ (prov. ____) il _____

Residente a _____ Via _____ n. __

Indirizzo posta elettronica certificata (PEC) _____

in qualità di direttore della farmacia sede n. _____ del Comune di _____

Comunica

l'adozione del registro informatico delle sostanze stupefacenti e psicotrope, dei medicinali e delle composizioni di cui all'art. 1 del DM 11 maggio 2010.

Distinti saluti.

Data _____

Timbro e Firma _____

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Brescia

Modulo L n.1

Al
S.C. FARMACEUTICO
ATS Brescia
Sua Sede

Oggetto: Comunicazione disponibilità dei locali per la programmazione dell'ispezione preventiva

Il/la sottoscritto/a ……..……C.F……..
in qualità di Sindaco/Legale rappresentante della societa' di gestione della farmacia …….. sede n. … del Comune di …… sita in via…….…… n° ……

COMUNICA

in riferimento all'istanza d'autorizzazione all'apertura ed esercizio di farmacia offerta in prelazione al Comune, presentata in data ……., che i locali della farmacia sono disponibili per l'ispezione preventiva a decorrere dal ……..

Allega dichiarazione asseverata dal Tecnico abilitato (mod. A), con la relativa documentazione:

- elaborato planimetrico dei locali in scala 1:100, con indicate le destinazioni d'uso dei singoli locali con le relative superfici (mq), completa di cartiglio riportante denominazione della farmacia, data di redazione, timbro e firma del tecnico abilitato;

…… , ……
Luogo data

IL SINDACO/LEGALE RAPPRESENTANTE
…….

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Brescia

Mod. A

RELAZIONE TECNICA ASSEVERATA

(articoli 47, 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000)

Il sottoscritto

Cognome e nome _____

C.F. _____ nato a _____ (____)

il _____ iscritto al Collegio/Ordine _____

della Provincia di _____ al n. _____

con studio in _____ via _____

telefono _____ pec _____

professionista incaricato dal Legale Rappresentante della Farmacia _____

sita nel Comune di _____ in via _____

oggetto dell'intervento, in qualità di persona esercente un servizio di pubblica necessità ai sensi degli artt. 359 e 481 del Codice penale, esperiti i necessari accertamenti di carattere urbanistico, edilizio, igienico ed a seguito di sopralluogo nel locale, consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e la decadenza dai benefici conseguenti,

ASSEVERA

che i locali della farmacia oggetto dell'intervento, siti nel Comune di _____

CAP _____ Prov. ____ Indirizzo _____

censiti al catasto:

Sezione _____ Foglio _____ Particella _____

sub _____ Categoria _____ come da **planimetria catastale** allegata,

- sono rispondenti **all'elaborato planimetrico** allegato alla presente;
- sono rispondenti ai requisiti edilizio-urbanistici propri degli immobili ad uso farmacia;
- sono rispondenti alle norme nazionali, regionali e locali in materia di igiene e salute applicabili e vigenti;

- sono conformi alla normativa vigente in materia di accessibilità e superamento delle barriere architettoniche per i locali pubblici e aperti al pubblico;
- sono rispondenti ai "Requisiti dei luoghi di lavoro" di cui all'allegato IV del D.Lgs n. 81/2008 e s.m.i. in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro;
- sono rispondenti alla normativa in materia di conformità impiantistica ed in possesso della documentazione prevista dal DM 37/08 e ss.mm.ii.
- è presente la documentazione di idoneità urbanistica richiesta dall'Ente competente;

Luogo _____ Firma _____

Data_____ Timbro _____

Allegati:

1) planimetria catastale dell'immobile
2) elaborato planimetrico
3) fotocopia documento identità

Si informa che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o relativi a condanne penali e reati) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia all'indirizzo www.ats-brescia.it/informativa-priva-1 I dati di contatto del Titolare sono i seguenti: sede: Brescia, Viale Duca degli Abruzzi n. 15; Posta elettronica: privacy.RPD@ats-brescia.it; Posta elettronica certificata (PEC): protocollo@pec.ats-brescia.it. I dati del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati individuato dal Titolare sono rinvenibili sul sito web istituzionale del Titolare del trattamento ed è reperibile presso la sede del Titolare in Viale Duca degli Abruzzi, 15, Brescia. In caso di istanze/comunicazioni scritte da inviarsi in modalità digitale, il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati può essere contattato al seguente indirizzo di posta elettronica: privacy.RPD@ats-brescia.it o al seguente indirizzo PEC: protocollo@pec.ats-brescia.it

Data _____ Firma del dichiarante _____

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.