Spett.le

Marca da bollo telematica (art. 1, comma 596, della legge 27 dicembre 2013, n. 147)

Servizio Farmaceutico

ATS Insubria

Trasmissione a mezzo PEC

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.

Il sottoscritto

Dr./Dr.ssa …………………………………………………..……………………… nato/a a ………………..………..……….……..

il ……………………………….…….………... C.F./P.IVA ………….……………………………………………..………………………

residente a …………..………………………………………………… via ……………………...………………..…….. n. …..…

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

**CHIEDE**

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

e l’autorizzazione all’apertura ed all’esercizio denominato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nei locali ubicati in via …………………………………………………………………………………….. n………………………….

A tal fine allega la seguente documentazione:

* Dichiarazione sostitutiva di atto notorio di assenza di situazioni di incompatibilità

(*modulo 1*)

* Dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa ai requisiti richiesti per la titolarità e l’autorizzazione all’apertura (*modulo 2*)
* Copia documento d'identità valido e codice fiscale
* Dichiarazione sostitutiva del certificato di iscrizione alla Camera di Commercio Industria Artigianato e Agricoltura (*modulo 3*);
* Dichiarazione del titolare/direttore tecnico relativa alla collocazione della farmacia

*(modulo 5)*

* Dichiarazione dell’orario previsto di apertura *(modulo 7)*
* Planimetria dei locali datata e prodotta digitalmente 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 tramite c/c postale o bonifico alla Tesoreria della Regione Lombardia Piazza Città di Lombardia, 1 - 20124 Milano, indicando come causale “Tassa di rilascio concessione - denominazione e indirizzo della farmacia: (c/c postale n. 669200 - IBAN: IT43A0760101600000000669200 )
* - Richiesta vidimazione registro stupefacenti (*modulo 6)*;

Si impegna 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 8),* con la documentazione indicata nel modulo.

……………….………………………………………, ………………………………….

*(luogo) (data)*

………………………………………………………………….

*(firma)*

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.L.vo nr. 196/2003 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)*

**Modulo predisposto RL - DGWelfare**