Luogo, data Al Direttore Generale

ATS della Val Padana

Via dei Toscani, 1- 46100

Al Servizio farmaceutico

ATS della Val Padana

farmaceutico@ats-valpadana.it

Oggetto: Domanda di autorizzazione per la gestione provvisoria da parte degli eredi.

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome e cognome)

Nato/a a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Erede legittimo del titolare defunto in quanto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (specificare se coniuge o erede in linea retta entro il secondo grado: figlio, figlio del figlio, padre, madre, nonni)

Professione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome e cognome)

Nato/a a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Erede legittimo del titolare defunto in quanto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (specificare se coniuge o erede in linea retta entro il secondo grado: figlio, figlio del figlio, padre, madre, nonni)

Professione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome e cognome)

Nato/a a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Erede legittimo del titolare defunto in quanto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (specificare se coniuge o erede in linea retta entro il secondo grado: figlio, figlio del figlio, padre, madre, nonni)

Professione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome e cognome)

Nato/a a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Erede legittimo del titolare defunto in quanto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (specificare se coniuge o erede in linea retta entro il secondo grado: figlio, figlio del figlio, padre, madre, nonni)

Professione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Eredi della Farmacia**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(indicare codice farmacie e denominazione)

CHIEDONO

* La gestione provvisoria da parte degli eredi

Della società/farmacia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sita in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(indicare luogo, via, nr civico e cap)

P.IVA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cellulare:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

pec:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

email:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A seguito del decesso del titolare Dott./Dott.ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con decorrenza dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare la data del decesso del titolare)

DICHIARANO

Che la direzione tecnica della farmacia durante il periodo di gestione ereditaria provvisoria è affidata al Dott./Dott.ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscritta all’Ordine dei Farmacisti di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al numero\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Che il direttore tecnico è in possesso di tutti i requisiti di legge previsti e dichiara di assumersi tutte le responsabilità inerenti l’incarico.

Che, ai sensi del D. Lgs. 346/1990 e ss.mm.ii., in particolare il Ddl Concorrenza, la dichiarazione di successione verrà presentata entro 12 mesi dalla data di apertura della successione. Essendo la partecipazione alla società incompatibile con qualsiasi altra attività svolta nel settore della produzione e informazione scientifica del farmaco, nonché con l’esercizio della professione medica, qualora vengano meno tali requisiti, l’avente causa (erede) si impegna a cedere la quota di partecipazione nel termine di 6 mesi dalla presentazione della dichiarazione di successione, pena l’assegnazione della Farmacia al farmacista in possesso del requisito dell’idoneità previsto dall’art. 12 della legge 475/1968 e ss.mm.ii..

A tal fine si allega la seguente documentazione:

* Certificato di morte del titolare o dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell’art. 46 del DPR 445/2000 **(modulo15);**
* Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante la qualità di unici eredi della farmacia o fotocopia testamento autenticata ai sensi di legge;
* Autocertificazione antimafia per ogni erede (art. 88 co. 4-bis e art. 89 D. Lgs. 159/2011) (**modulo5)**
* Fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità per ogni erede;
* Fotocopia numero partita IVA (in quanto la comunione ereditaria diventa “società di fatto”)
* Marca da bollo di 16,00 euro
* Modulo modifica ragione sociale e dati bancari (**modulo2)**

Per il direttore tecnico:

* Dichiarazione sostitutiva di atto notorio di assenza di situazioni di Incompatibilità (**modulo3bis**);
* Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione relativa ai requisiti richiesti per l’esercizio della farmacia (**modulo4**);
* Autocertificazione antimafia (**modulo5**)
* Dichiarazione sostitutiva casellario giudiziale (**modulo6**)
* Copia documento d’identità valido e codice fiscale;

I sottoscritti dichiarano di essere a conoscenza delle procedure da adottare per la gestione del SISS, relativamente alle incombenze verso il provider e il relativo nuovo contratto e tutto ciò che comporta l’attivazione delle carte (direttore tecnico ed eventuali collaboratori) e si impegna a inoltrare, nel minor tempo possibile, all’ATS della Val Padana, tramite email al servizio farmaceutico farmaceutico@ats-valpadana.it, il contratto e i moduli A e B debitamente compilati.

***Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE***

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati all’Agenzia di Tutela della Salute della Val Padana 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 della Val Padana.  
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’ente all'indirizzo www.ats-valpadana.it.  
Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dall'ente è reperibile presso la sede dell’Agenzia di Tutela della Salute della Valpadana, può essere contattato utilizzando i recapiti istituzionali dell'ente (protocollo@pec.ats-valpadana.it) indicati sul sito web www.ats-valpadana.it ed è il seguente soggetto:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DPO** | **C.F.** | **Via/Piazza** | **CAP** | **Comune** | **Nominativo del DPO** |
| LTA S.R.L. | 14243311009 | Via della Conciliazione, 10 | 00193 | Roma | RECUPERO LUIGI |

Firmato gli eredi e il direttore tecnico