**Al Direttore Generale**

**ATS BRIANZA**

**V.le Elvezia, 2 – MONZA**

**Pec:protocollo@pec.ats-brianza.it**

OGGETTO: COMUNICAZIONE DI SOSTITUZIONE DEL DIRETTORE TECNICO DI MAGAZZINO PER LA DISTRIBUZIONE ALL’INGROSSO MEDICINALI AI SENSI DEL TITOLO VII - D.L.VO 219, 24 APRILE 2006 E S.M.I.

Il/La sottoscritto/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a: \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di 🞎 Titolare 🞎 Legale Rappresentante della Ditta:

(indicare denominazione / Ragione Sociale)

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

cod.fiscale/partita IVA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

iscrizione C.C.I.A.A. di:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARA

in ottemperanza al Titolo VII del D.L.vo n °219/06 e s.m.i.:

per il deposito/magazzino (Denominazione) ………………………………………………………..…………………………………

sito in: Via………………………………………………………………………………………….….………, n° civico …………….……… CAP…………………………Comune………………………………………………………………………………………………………………

Telefono ……………………………………………………..…… Fax…………………………………………………………………………

mail………………………………………….……………………… PEC…………………………………………………………………………

autorizzato alla distribuzione all’ingrosso di:

* medicinali per uso umano
* gas medicinali
* medicinali disciplinati dall’art. 92 (utilizzo esclusivo ospedaliero) del D.L.vo 219/2006 e s.m.i.
* medicinali disciplinati dall’art. 94 (utilizzo esclusivo da parte dello specialista in ambulatorio) del D.L.vo 219/2006 e s.m.i.
* medicinali disciplinati dall’art. 96 (non soggetti a prescrizione – SOP/OTC) del D.L.vo 219/2006 e s.m.i.

Secondo Autorizzazione Decreto/Deliberazione N. ………………………………… del…………..

**di disporre di una persona responsabile preposta alla direzione tecnica come responsabile dell’attività, nella persona di:**

Dr./ Dr.ssa ……………………………………………………………………………………………….…………………

nato/a a……………………………………….il……..……………C.F. …….……………………………..……………

Residente a …………………………………………………………………………………………..

Cod.fisc………………………………………………………………………………………………..

iscritto all’Ordine dei Farmacisti della Provincia di…..………………………………………………………………………………. dal ……………….……………… al n. ………………………... (requisito non necessario per distribuzione all’ingrosso di soli gas medicinali)

che è in possesso dei requisiti di legge in quanto dichiara di essere laureata, esente da condanne penali per reati contro il patrimonio o comunque connessi al commercio di medicinali non conformi alle disposizioni del presente decreto, né condanne penali definitive di almeno due anni per delitti non colposi e che svolgerà la propria attività, nella sede indicata nella presente richiesta **con orario compatibile con le necessità derivanti dalla dimensione dell’attività distributiva espletata; come di seguito indicato: ………………………………………………………………………………….**

Pertanto si allega autocertificazione o dichiarazione sostitutiva della laurea e del certificato penale e dichiarazione sostitutiva di atto notorio relativa all’ accettazione dell’incarico .

**che accetta tale incarico a far data dal …………………………………………...………..**

**e che firma per accettazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

A tal fine si allega la seguente documentazione:

* N° …. Marche da Bollo (tariffa vigente).

**Documentazione relativa al direttore tecnico responsabile**

* Dichiarazione di accettazione di incarico.
* Autocertificazione di Laurea e di iscrizione all’Ordine dei *Farmacisti (solo se farmacista o laureato in* CTF).
* Autocertificazione di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DEL REGOLAMENTO 679/2016/UE -** Si informa che:

* tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati all’Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza saranno trattati per le finalità istituzionali e per le finalità consentite dalla legge nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento Generale sulla protezione dei dati personali 679/2016 dell’Unione Europea;
* il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatico-digitali;
* il Titolare del trattamento dei dati personali è l’Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza (Sede Legale: Viale Elvezia, 2 - 20900 – Monza Tel. 039/23841 - Sede Territoriale: C.so Carlo Alberto, 120 – 23900 Lecco - Tel. 0341/482111);
* l’Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento UE 679/2016, ai seguenti recapiti: E-mail: [protocollo@ats-brianza.it](mailto:protocollo@ats-brianza.it) – PEC: [protocollo@pec.ats-brianza.it](mailto:protocollo@pec.ats-brianza.it) ;
* l’informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 è reperibile presso l’ATS e/o consultabile sul sito web dell’ente all'indirizzo: [https://www.ats-brianza.it](https://www.ats-brianza.it/it/altri-contenuti/271-altri-contenuti-dati-ulteriori.html#privacy) - *Amministrazione Trasparente – Altri Contenuti – Dati Ulteriori – 2.4.7 Privacy;*
* il Data Protection Officer (*Art. 37 Reg. 679/2016*) nominato dall’Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza è il **Dott. Luigi Recupero**, individuato dalla Società LTA S.r.l. (Sede: Vicolo delle Palle, 25 - Roma - Cap 00186 - P.IVA 14243311009).

………………………………………, ………………………………….

(luogo) (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 sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autentica di un documento d’identità del dichiarante, all’ufficio competente via fax, tramite incaricato, oppure a mezzo posta.

Estremi della ricezione da parte della ATS :

Servizio/ Ufficio ………………………………………………….Data……………………………..

Funzionario ricevente…………………..……………………………………………………………

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

**condanne penali/procedimenti penali**

Il / La sottoscritto/a ……………………..……………...……C.F.………….……………………..

Nato/a a…………………………………………………….il…………….…………………………. Residente a…………………………….…Via………………...…..…n°Civico……………………

Recapito / domicilio presso………………………………………………………………….….. Via ………………………………………………………………….……..…n° Civico …………..

Sulla richiesta di medesimo per uso amministrativo (art. 689 comma 2 lett. A C.P.P) consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000

**DICHIARA**

- Di non aver riportato condanne penali e 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

………………………………………, ………………………………….

(luogo) (data

il Dichiarante ………………………………………………………………….

(firma)

**INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DEL REGOLAMENTO 679/2016/UE -** Si informa che:

* tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati all’Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza saranno trattati per le finalità istituzionali e per le finalità consentite dalla legge nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento Generale sulla protezione dei dati personali 679/2016 dell’Unione Europea;
* il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatico-digitali;
* il Titolare del trattamento dei dati personali è l’Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza (Sede Legale: Viale Elvezia, 2 - 20900 – Monza Tel. 039/23841 - Sede Territoriale: C.so Carlo Alberto, 120 – 23900 Lecco - Tel. 0341/482111);
* l’Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento UE 679/2016, ai seguenti recapiti: E-mail: [protocollo@ats-brianza.it](mailto:protocollo@ats-brianza.it) – PEC: [protocollo@pec.ats-brianza.it](mailto:protocollo@pec.ats-brianza.it) ;
* l’informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 è reperibile presso l’ATS e/o consultabile sul sito web dell’ente all'indirizzo: [https://www.ats-brianza.it](https://www.ats-brianza.it/it/altri-contenuti/271-altri-contenuti-dati-ulteriori.html#privacy) - *Amministrazione Trasparente – Altri Contenuti – Dati Ulteriori – 2.4.7 Privacy;*
* il Data Protection Officer (*Art. 37 Reg. 679/2016*) nominato dall’Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza è il **Dott. Luigi Recupero**, individuato dalla Società LTA S.r.l. (Sede: Vicolo delle Palle, 25 - Roma - Cap 00186 - P.IVA 14243311009).

………………………………………………………………….

(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 sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autentica di un documento d’identità del dichiarante, all’ufficio competente via fax, tramite incaricato, oppure a mezzo posta.

Estremi della ricezione da parte della ATS :

Servizio/ Ufficio ………………………………………………….Data……………………………..

Funzionario ricevente…………………..……………………………………………………………

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

**titoli di studio/iscrizione ordine del direttore tecnico**

Il / La sottoscritto/a ………………………………..……………...……C.F.…………………………….….……………………..

Nato/a a ………………………………………………………………………….il…………………………..….………………………….

Residente a …………………………………..………….…Via …………………………………...…..…n°Civico……………………

Recapito / domicilio presso ………………………….……………………………………………….…………………………….…..

Via …………………………………………………………….…………..…n° Civico …………..

consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000

**DICHIARA**

* Di essere in possesso della Laurea in ………………………………………………………………………..................

conseguita presso l’Università di .………………………..………………….………………..…. in data ……………………………

trattandosi di:

* Laurea specialistica di cui al decreto del Ministro dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509,
* Laurea magistrale, di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270, appartenente a una delle seguenti classi:
  + I. classe LM-8 Classe dei corsi di laurea magistrale in biotecnologie industriali;
  + II. classe LM-9 Classe dei corsi di laurea magistrale in biotecnologie mediche, veterinarie e farmaceutiche;
  + III. classe LM-21 Classe dei corsi di laurea magistrale in ingegneria chimica;
* Laurea di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e 22 ottobre 2004, n. 270, appartenente a una delle classi di seguito specificate, a condizione che siano stati superati gli esami di chimica farmaceutica e di legislazione farmaceutica:
  + I. classe L-2 Classe dei corsi di laurea in biotecnologie;
  + II. classe L-9 Classe dei corsi di laure in ingegneria industriale;
  + III. classe L-27 Classe dei corsi di laurea in scienz e tecnologie chimiche;
  + IV. classe L-29 Classe dei corsi di laurea in scienze e tecnologie farmaceutiche;
* Di aver svolto, per almeno cinque anni, anche non continuativi, successivamente all'entrata in vigore del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 538, funzioni di direttore tecnico di magazzino di distribuzione all'ingrosso o di deposito di gas medicinali;

**DICHIARA altresì**

* Di essere abilitato all’esercizio della professione di …………………………………………………………………..…………… avendo superato l’esame di stato presso l’Università di …………………………………………………………………………… ……………………………………………………..nell’anno ………………………………………..……………………………………
* Di essere iscritto all’Albo provinciale dell’Ordine dei farmacisti di …………………………………..……………… dal ……………………………………………… al n. …………………………….……..…

………………………………………, ………………………………….

(luogo) (data)

il Dichiarante ………………………………………………………………….

(firma)

**INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DEL REGOLAMENTO 679/2016/UE -** Si informa che:

* tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati all’Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza saranno trattati per le finalità istituzionali e per le finalità consentite dalla legge nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento Generale sulla protezione dei dati personali 679/2016 dell’Unione Europea;
* il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatico-digitali;
* il Titolare del trattamento dei dati personali è l’Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza (Sede Legale: Viale Elvezia, 2 - 20900 – Monza Tel. 039/23841 - Sede Territoriale: C.so Carlo Alberto, 120 – 23900 Lecco - Tel. 0341/482111);
* l’Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento UE 679/2016, ai seguenti recapiti: E-mail: [protocollo@ats-brianza.it](mailto:protocollo@ats-brianza.it) – PEC: [protocollo@pec.ats-brianza.it](mailto:protocollo@pec.ats-brianza.it) ;
* l’informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 è reperibile presso l’ATS e/o consultabile sul sito web dell’ente all'indirizzo: [https://www.ats-brianza.it](https://www.ats-brianza.it/it/altri-contenuti/271-altri-contenuti-dati-ulteriori.html#privacy) - *Amministrazione Trasparente – Altri Contenuti – Dati Ulteriori – 2.4.7 Privacy;*
* il Data Protection Officer (*Art. 37 Reg. 679/2016*) nominato dall’Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza è il **Dott. Luigi Recupero**, individuato dalla Società LTA S.r.l. (Sede: Vicolo delle Palle, 25 - Roma - Cap 00186 - P.IVA 14243311009).

(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 sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autentica di un documento d’identità del dichiarante, all’ufficio competente via fax, tramite incaricato, oppure a mezzo posta.

Estremi della ricezione da parte della ATS :

Servizio/ Ufficio ………………………………………………….Data……………………………..

Funzionario ricevente…………………..……………………………………………………………

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’**

**(ai sensi dell’art. 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)**

**accettazione dell’incarico del Direttore Tecnico**

Il / La sottoscritto/a ……………………..……………...……C.F.………….……………………..

Nato/a a…………………………………………………….il…………….………………………….

Residente a …………………………….…Via………………...…..…n°Civico……………………

Recapito / domicilio presso………………………………………………………………….….. Via ………………………………………………………………………...…n° Civico …………..

**DICHIARA**

Di accettare, assumendo tutte le responsabilità inerenti l’incarico di Direttore Tecnico Responsabile del deposito/magazzino (Denominazione) ……………………………………………………………………………..……………………………………………

presso la sede ……………………………………………..………………………………………………………………………….

(indicare la via ,il numero civico, e la città)

Di non essere direttore responsabile di altri magazzini adibiti al commercio all’ingrosso di medicinali ad uso umano, ai sensi del Titolo VII del D.Lgs. 219/2009 e ss.mm.ii., appartenenti a ditte diverse dalla Ditta …………………………………………...…………….per cui ho accettato l’incarico.

………………………………………, ………………………………….

(luogo) (data)

il Dichiarante ………………………………………………………………….

(firma)

**INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DEL REGOLAMENTO 679/2016/UE -** Si informa che:

* tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati all’Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza saranno trattati per le finalità istituzionali e per le finalità consentite dalla legge nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento Generale sulla protezione dei dati personali 679/2016 dell’Unione Europea;
* il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatico-digitali;
* il Titolare del trattamento dei dati personali è l’Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza (Sede Legale: Viale Elvezia, 2 - 20900 – Monza Tel. 039/23841 - Sede Territoriale: C.so Carlo Alberto, 120 – 23900 Lecco - Tel. 0341/482111);
* l’Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento UE 679/2016, ai seguenti recapiti: E-mail: [protocollo@ats-brianza.it](mailto:protocollo@ats-brianza.it) – PEC: [protocollo@pec.ats-brianza.it](mailto:protocollo@pec.ats-brianza.it) ;
* l’informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 è reperibile presso l’ATS e/o consultabile sul sito web dell’ente all'indirizzo: [https://www.ats-brianza.it](https://www.ats-brianza.it/it/altri-contenuti/271-altri-contenuti-dati-ulteriori.html#privacy) - *Amministrazione Trasparente – Altri Contenuti – Dati Ulteriori – 2.4.7 Privacy;*
* il Data Protection Officer (*Art. 37 Reg. 679/2016*) nominato dall’Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza è il **Dott. Luigi Recupero**, individuato dalla Società LTA S.r.l. (Sede: Vicolo delle Palle, 25 - Roma - Cap 00186 - P.IVA 14243311009).

………………………………………………………………….

(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 sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autentica di un documento d’identità del dichiarante, all’ufficio competente via fax, tramite incaricato, oppure a mezzo posta.

Estremi della ricezione da parte della ATS :

Servizio/ Ufficio …………………………………………………………….……………………………………….Data……………………………..

Funzionario ricevente…………………..……………………………………………………………

L’ISTANZA, INDIRIZZATA AL DIRETTORE GENERALE DELL’ASL, VA PRESENTATA IN CARTA LEGALE CORREDATA DALLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE (da esibire in DUPLICE copia)

1. Domanda in carta legale (marca da bollo tariffa vigente) indirizzata all’ATSL Brianza redatta come da fac-simile allegato;
2. Dichiarazione di accettazione di incarico del direttore tecnico responsabile.
3. Autocertificazione del direttore tecnico responsabile di Laurea e di iscrizione all’Ordine dei Farmacisti (autocertificazione come da fac-simile allegato); (solo se farmacista o laureato in CTF).
4. Autocertificazione del direttore tecnico responsabile di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa (come da fac-simile allegato);.
5. 1 Marca da Bollo (tariffa vigente) per il rilascio di ciascuna copia autentica della delibera di autorizzazione;
6. Eventuali altre dichiarazioni sostitutive di atto notorio rese ai sensi dell’art. 47 del DPR 28 dicembre 2000 n° 445.
7. Altro (specificare) ……………………………………………………………………………………………

**N.B. le dichiarazioni sostitutive devono essere firmate davanti al funzionario che le riceve, se spedite con raccomandata AR o P.E.C. occorre allegare fotocopia della carta d’identità datata e firmata.**