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

Al Direttore Generale
ATS BRIANZA
V.le Elvezia, 2 – MONZA

OGGETTO: Istanza di trasferimento della titolarità di parafarmacia

La Società (Ragione Sociale / Denominazione) ……,
P.I./C.F. …… sede legale ……
……, nella persona del sottoscritto rappresentante legale …….. nato a ……..
il ……, consapevole di quanto disposto dalla normativa vigente in materia,

CHIEDE

il trasferimento della titolarità della parafarmacia, avente Codice Univoco (rilasciato dal Ministero della Salute) ……. del Comune di……(……)ubicata in via …… n. ……..

In proposito comunica che la direzione tecnico – professionale è affidata al farmacista:

Dr./Dr.ssa……nato/a ……

il ……, che è in possesso del requisito dell'idoneità previsto dall'art. 12 della Legge n. 475 del 2 aprile 1968 e ss.mm.ii.

……, …….

(luogo) (data)

Il Direttore Responsabile incaricato…….

(firma per accettazione)

A tal fine allega la seguente documentazione *(barrare le voci interessate)*:

☐ Copia autentica dell'atto costitutivo della società con estremi di iscrizione al Pubblico Registro *(atto pubblico o scrittura privata autenticata);*
☐ Copia autentica dell'atto pubblico di acquisto con estremi di iscrizione al Pubblico Registro (*atto pubblico o scrittura privata autenticata, con citati gli estremi del provvedimento ATS di autorizzazione alla titolarità del cedente e con l'indicazione che il trasferimento comprende il diritto di farmacia e l'azienda commerciale ad essa connessa ai sensi dell'art. 12 della L. 475/1968*);
☐ Dichiarazione sostitutiva del certificato di iscrizione alla Camera di Commercio.
☐ n. 1 marche da bollo di € 16,00 (o tariffa vigente) da applicare all'istanza
☐ Copia della richiesta di trasferimento di titolarità della parafarmacia effettuata al Ministero della Salute

Per il Direttore Responsabile:

☐ Dichiarazione sostitutiva di certificazione atta a comprovare l'iscrizione all'Albo Provinciale dei Farmacisti, la laurea, l'abilitazione, l'assenza di condanne penali a proprio carico, nonché la non sussistenza, nei propri confronti, di cause di decadenza, di sospensione o di divieto di cui all'art. 67 del D. Lvo n. 159 del 06/09/2011*(modulo n.4)*;

☐ Copia di valido documento di identità e codice fiscale datato e firmato *(se la consegna dell'istanza non viene fatta di persona);*

……, …….

(luogo) (data)

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

…….

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 – PEC: 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 - *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 la società LTA S.r.l. (Sede: Via della Conciliazione, 10 - Roma - Cap 00193 - P.IVA 14243311009), individuata a seguito dell'espletamento di una procedura di gara; referente per il DPO è il dott. Luigi Recupero, il quale può essere contattato ai seguenti recapiti: E-mail: protocollo@ats-brianza.it – PEC: protocollo@pec.ats-brianza.it.

……, ……. *(luogo)* *(data)*

…….

(firma)