

MODELLO DOMANDA TRASFERIMENTO TITOLARITA' DI SEDE FARMACEUTICA
(in bollo da € 14,62)

Alla Direzione Sanità
Servizio Assistenza Distrettuale-
Assistenza Farmaceutica
Ufficio Farmacie Convenzionate
Via Conte di Ruvo, 74
65121 PESCARA

Oggetto: istanza di trasferimento titolarità sede farmaceutica nr..... del Comune di

Con la presente il/la sottoscritto/a dr./dr.ssa nato/a a residente in
Codice Fiscale

CHIEDE

L'autorizzazione al trasferimento della titolarità della sede farmaceutica nr... ..del Comune di, corrente alla via nr..... , già in titolarità al/alla dr./dr.ssa
....., giusta Delibera di Giunta Regionale nr..... del/Ordinanza/Determina Dirigenziale nr..... del, in capo a se medesimo.

A tal fine allega la seguente documentazione prodromica al rilascio della autorizzazione regionale:

1. certificato contestuale di nascita e residenza, ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione;
2. certificato di godimento dei diritti politici, ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione;
3. originale del diploma di laurea , ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione;
4. certificato di abilitazione all'esercizio della professione, ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione;
5. certificato attestante la sussistenza dei requisiti di cui all'art.12 L.475/1968 – idoneità all'esercizio della professione acquisita per compiuta pratica o per concorso – ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione ;
6. certificato di iscrizione all'Ordine dei Farmacisti della Provincia ove è corrente la sede farmaceutica, completo di data e numero di iscrizione, ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione;
7. dichiarazione sostitutiva di certificazione recante l'assenza di procedimenti penali e l'assenza di carichi pendenti;
8. certificato antimafia ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione ;
9. certificato medico di idoneità fisica all'esercizio della professione – rilasciato da Medico di Medicina Generale - ;
10. dichiarazione del precedente titolare del rispetto delle disposizioni di cui al comma 8 dell'art.7 L.362/1991;
11. dichiarazione di insussistenza delle cause di incompatibilità di cui agli artt.13 L.475/1968 e 8 L.362/1991;
12. attestazione di avvenuto versamento delle Tasse di Concessione di cui al D.Lgs. n.230 del 02.06.1991 ;
13. copia conforme all'originale del rogito notarile attestante il trasferimento della farmacia e della azienda ad essa connessa.

Si allega, inoltre, marca da bollo da € 14.62 da apporre sul provvedimento amministrativo richiesto, ai sensi e per gli effetti del D.M.20.08.1992 – G.U. 21.08.1992, n.196 S.O. - .

_____, lì, _____

Il Farmacista richiedente

N.-B. la presente modulistica è valida per le autorizzazioni volte al conferimento titolarità per trasferimento a seguito di compravendita, successione, donazione.