All’Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani

UOC Gestione e Vigilanza delle Farmacie in Convenzione

prestazioni.farmaceutiche@pec.asptrapani.it

OGGETTO: GESTIONE EREDITARIA

Il sottoscritto ………………………………… nato a ………………………………. il ………………………….… residente in ……………………………………………………… via ………………………………………………………………………………..

Codice Fiscale …………………………………………………………, in qualità di erede

**COMUNICA**

Il decesso del dr. …………………………………………………. Titolare/Direttore Responsabile/Socio della Farmacia ……………………………………………… del Comune di ………………………..……., sita in via ……………………………….………..………. n. ………... ,

dichiara, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 che le notizie ivi fornite sono complete e veritiere e

**CHIEDE**

Autorizzazione, ai sensi dell’art.7, comma 9 della L. 362/91 così come modificato dal disposto di cui all’art.11 del D.L. 24/01/2012 n.1 alla gestione provvisoria della suddetta farmacia e dichiara che la direzione responsabile della farmacia viene affidata al/alla Dr/Dr.ssa …………………………………………………………

A tal fine allega la seguente documentazione:

1. Certificato di morte;
2. Dichiarazione sostitutiva dell’atto notorio di tutti gli eredi o testamento in copia conforme, cui farà seguito copia conforme della denunzia di successione;
3. Dichiarazione familiari conviventi di maggiore età di tutti gli eredi;
4. Dichiarazione di accettazione dell’incarico del direttore responsabile, corredata da:
* Dichiarazione sostitutiva di certificazione del Direttore Tecnico incaricato comprovante i requisiti professionali (laurea, abilitazione, iscrizione all’ordine, idoneità alla Direzione);
* Dichiarazione sostitutiva di atto notorio del Direttore Tecnico incaricato atta a comprovare l’assenza di situazioni di incompatibilità con la condizione di Direttore (Legge 362/91 art 7 e 8);
1. Fotocopia del documento d’identità e del CF dell’erede richiedente e del Direttore Tecnico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, li\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ L’erede richiedente

il sottoscritto autorizza altresì l’Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani al trattamento dei dati personali ai sensi del D.L. 30/06/2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e ai sensi dell’art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679

DATA FIRMA