**IN BOLLO**

Nome e Cognome

Email

Pec

telefono

All’Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani

UOC Gestione e Vigilanza delle Farmacie in Convenzione

[prestazioni.farmaceutiche@pec.asptrapani.it](mailto:prestazioni.farmaceutiche@pec.asptrapani.it)

**OGGETTO**: RICONOSCIMENTO DELLA TITOLARITÀ E DEL DIRITTO ALL’ESERCIZIO DELLA FARMACIA AL DOTT.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nella qualità di Titolare Unico della farmacia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Piva \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Il riconoscimento della titolarità e del diritto all’esercizio della farmacia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sita in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_VIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il cui Titolare autorizzato risulta essere \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a tal fine dichiara che l’attività sarà svolta nei medesimi locali e con la stessa attrezzatura già oggetto di precedenti autorizzazioni,

A tal fine allega la seguente documentazione:

1. Copia conforme Atto di Vendita/donazione/conferimento, con estremi di registrazione;
2. Certificato Camerale;
3. Dichiarazione familiari conviventi di maggiore età;
4. Dichiarazione sostitutiva di certificazione del Titolare comprovante i requisiti professionali (laurea, abilitazione, iscrizione all’ordine, idoneità alla Direzione);
5. Dichiarazione sostitutiva di atto notorio del Titolare atta a comprovare l’assenza di situazioni di incompatibilità con la condizione di Direttore (Legge 362/91 art 7 e 8);
6. Fotocopia del documento d’identità e del CF del Titolare;
7. Ricevuta comprovante il pagamento della tassa CC.GG di apertura;

Si chiede, inoltre che ogni comunicazione debba essere trasmessa al seguente indirizzo pec:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Inoltre dichiara che ogni modifica sarà comunicata prontamente a codesto ufficio in tempi utili per lo svolgimento di tutte le procedure amministrative compreso quelle relative ai suddetti adempimenti.

Data firma

il sottoscritto autorizza altresì l’Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani ad utilizzare le informazioni contenute nella presente nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i del D.Lgs. 2018/101 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Data firma