

<b>Procedura aziendale per trasferimento di titolarità di una sede farmaceutica a persona fisica o ditta individuale o società di persone e/o capitali</b>	<b>Procedura n. 15/2022 Rev. 01 18/12/2023</b>
--	--

<b>REDATTO</b>	<b>VERIFICATO</b>	<b>APPROVATO</b>
<i>Dott.ssa Alessandra Iadecola</i> Dirigente Farmacista UOC Farmacia <i>F.to</i>	<i>Dott. Ferrante Fulvio</i> Direttore UOC Farmacia <i>F.to</i>	<i>Dott. Luca Casertano</i> Direttore Sanitario Aziendale <i>F.to</i>
<i>Dott.ssa Sabrina Crescenzi</i> Dirigente Farmacista UOC Farmacia <i>F.to</i>	<i>Dott. Carlo Baldesi</i> Responsabile Aziendale Unità Privacy DPO <i>F.to</i>	<i>Dott.ssa Eleonora Di Giulio</i> Direttore Amministrativo Aziendale <i>F.to</i>
<i>Dott.ssa Loretta Conflitti</i> Dirigente Farmacista UOC Farmacia <i>F.to</i>		
<i>Dott.ssa Angelica Sonia Cosi</i> Collaboratore Amministrativo UOC Farmacia <i>F.to</i>		

## INDICE:

1.	Scopo/Obiettivo	Pag. 2/19
2.	Campo di applicazione	Pag. 2/19
3.	Riferimenti Normativi e Bibliografici	Pag. 2/19
4.	Definizioni e abbreviazioni	Pag. 4/19
5.	Modalità operative	Pag. 4/19
6.	Documentazione da presentare	Pag. 5/19
7.	Termini di presentazione della domanda	Pag. 6/19
8.	Sanzioni	Pag. 6/19
9.	Archiviazione	Pag. 6/19
10.	Referenti	Pag. 7/19
11.	Matrice delle responsabilità	Pag. 8/19
	Allegati	

## 1. SCOPO/OBIETTIVO

Scopo della procedura è descrivere la modalità operativa e fornire la modulistica necessaria per il trasferimento della titolarità di una sede farmaceutica a favore di persona fisica, ditta individuale o società di persone e/o di capitali.

## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica al trasferimento di titolarità di una farmacia a persona fisica, a ditta individuale o società di persone e/o capitali.

Possono essere titolari dell'esercizio della farmacia privata le persone fisiche, purché abbiano maturato almeno due anni di pratica certificata dall'autorità sanitaria competente o che abbia conseguito l'idoneità tramite concorso pubblico, in conformità alle disposizioni vigenti.

Possono essere, altresì, titolari di farmacia le società di persone, le società di capitali e le società cooperative a responsabilità limitata. Le società hanno come oggetto esclusivo la gestione di una farmacia

La direzione della farmacia gestita dalla società può essere affidata ad un farmacista, anche non socio, in possesso del requisito dell'idoneità, che ne è responsabile.

Lo statuto della società ed ogni successiva variazione, ivi incluse quelle relative alla compagine sociale, devono essere comunicati entro 60 giorni alla Federazione degli Ordini dei Farmacisti italiani, all'Assessore alla Sanità della competente Regione o Provincia autonoma, all'Ordine Provinciale dei Farmacisti e all'Unità Sanitaria Locale competente per territorio.

## 3. RIFERIMENTI NORMATIVI e BIBLIOGRAFICI

- Regio Decreto del 27/07/1934, n. 1265, *"Testo Unico delle Leggi Sanitarie"*;
- Regio Decreto 30 settembre 1938, n. 1706, *"Approvazione del regolamento per il servizio farmaceutico"*;
- Legge 2 aprile 1968, n. 475, *"Norme concernenti il servizio farmaceutico"*;
- D.P.R. 21 agosto 1971, n. 1275, *"Regolamento per l'esecuzione della legge 2 aprile 1968, n. 475, recante norme concernenti il servizio farmaceutico"*;
- Legge 23 dicembre 1978, n. 833 *"Istituzione del servizio sanitario nazionale"*;
- Legge Regionale n. 52/1980, *"Esercizio delle funzioni amministrative in materia di igiene e sanità pubblica e vigilanza sulle farmacie ai sensi dell'art. 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833"*;
- Legge 28 febbraio 1981, n. 34, *"Norme concernenti la gestione in via provvisoria di farmacie"*;
- Legge 22 dicembre 1984, n. 892, *"Norme concernenti la gestione in via provvisoria di farmacie rurali e modificazioni delle leggi 2 aprile 1968, n. 475 e 28 febbraio 1981, n. 34"*;
- Legge 19 marzo 1990, n. 55, *"Nuove disposizioni per la prevenzione della delinquenza di tipo mafioso e di altre gravi forme di manifestazione di pericolosità sociale"*;
- Legge 7 agosto 1990, n. 241, *"Nuove norme in materia di procedimento amministrativo ed diritto di accesso ai documenti amministrativi"*;
- Legge 8 novembre 1991, n. 362, *"Norme di riordino del settore farmaceutico"*;
- Legge 17 gennaio 1994, n. 47, *"Delega al Governo per l'emanazione di nuove disposizioni in materia di comunicazioni e certificazioni di cui alla legge 31 maggio 1965, n. 575"*;
- D.P.C.M. 30 marzo 1994, n. 298, *"Regolamento di attuazione dell'art. 4, comma 9, della legge 8 novembre 1991, n. 362, concernente norme di riordino del settore farmaceutico"*;

- D. Lgs. 8 agosto 1994, n. 490, *“Disposizioni attuative della legge 17 gennaio 1994, n. 47, in materia di comunicazioni e certificazioni previste dalla normativa antimafia”*;
- D.P.C.M. 13 febbraio 1998, n. 34, *“Regolamento recante modificazioni al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 30 marzo 1994, n. 298”*;
- D.P.R. 3 giugno 1998, n. 252, *“Regolamento recante norme per la semplificazione dei procedimenti relativi al rilascio delle comunicazioni e delle informazioni antimafia”*;
- D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, *“Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa”*;
- D.P.R. 6 giugno 2001, n. 380, *“Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia edilizia”*;
- *D.Lgs 30 giugno 2003 n. 196 come modificato dal Decreto Legislativo 10 agosto 2018, n. 101 e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679. (codice in materia di dati personali)*
- Legge 4 agosto 2006, n. 248, *“Conversione in legge, con modificazioni, del D.L. 4 luglio 2006, n. 223, recante disposizioni urgenti per il rilancio economico e sociale, per il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica, nonché interventi in materia di entrate e contrasto all’evasione fiscale”*;
- Decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159, *“Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 13 agosto 2010, n. 136”*, aggiornato, con le modifiche apportate, dal D.L. 6 novembre 2021 n. 152 convertito, con modificazioni, dalla L. 29 dicembre 2021, n. 233;
- Legge 12 novembre 2011, n. 183, art. 15, *“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2012)”*;
- Legge 24 marzo 2012, n. 27, *“Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto legge 24 gennaio 2012, n. 1, recante disposizioni urgenti per la concorrenza, lo sviluppo delle infrastrutture e la competitività”*;
- Determinazione Regione Lazio n. B07698 del 18 ottobre 2012;
- Legge Regionale n.2 del 29 aprile 2013 art. 7 *“tassa concessione regionale)*;
- Decreto Legge 21 giugno 2013, n. 69, *“Disposizioni urgenti per il rilancio dell’economia”*;
- Legge 27 febbraio 2015, n. 15, *“Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 31 dicembre 2014, n. 192, recante proroga di termini previsti da disposizioni legislative”*;
- Decreto Legislativo 25 novembre 2016, n. 222, *“Individuazione di procedimenti oggetto di autorizzazione, segnalazione certificata di inizio attività (SCIA), silenzio assenso e comunicazione e di definizione dei regimi amministrativi applicabili a determinate attività e procedimenti, ai sensi dell’articolo 5 della legge 7 agosto 2015, n. 124”*;
- Legge 4 agosto 2017, n. 124, *“Legge annuale per il mercato e la concorrenza”*;
- Legge Regionale 6 agosto 2017, n. 15, art. 15 c. 11 e 12, *“Misure integrative, correttive e di coordinamento in materia di finanza pubblica regionale. Disposizioni varie”*;
- Nota Regione Lazio n. 419912 del 13 maggio 2020, *“Legge 4 agosto 2017 n. 124 – Legge annuale per il mercato e la concorrenza. Società titolari di Farmacia – Variazioni societarie”*;
- Legge Regionale 11 agosto 2021, n. 14, art. 29 *Disposizioni collegate alla legge di Stabilità regionale 2021 e modifiche di leggi regionali”*.

#### 4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

UOC: Unità Operativa Complessa

ASL: Azienda Sanitaria Locale

DPR: Decreto Presidente della Repubblica

C.C.I.A.A.: Camera di Commercio Industria Artigianato Agricoltura

PEC: Posta Elettronica Certificata

R.D.: Regio Decreto

S.I.S.P.: Servizio Igiene e Sanità Pubblica

S.C.I.A.: Segnalazione Certificata Inizio Attività

C.I.L.A.: Comunicazione Inizio Lavori Asseverata

S.C.A.: Segnalazione Certificata di Agibilità

#### 5. MODALITÀ OPERATIVE

- Il trasferimento di titolarità di una farmacia, a favore di persona fisica, ditta individuale, società di persone e/o di capitali, prevede la presentazione di un'istanza di autorizzazione all'Autorità competente per territorio (Comune) (**Allegato 1**), in bollo, da parte del Titolare subentrante o del Rappresentante Legale della Società subentrante, con allegati i relativi documenti elencati al punto 6 della presente procedura.
- L'istanza deve, altresì, essere inviata per conoscenza all'Azienda ASL di Frosinone – UOC Farmacia a mezzo pec agli indirizzi [protocollo@pec.aslfrosinone.it](mailto:protocollo@pec.aslfrosinone.it) e [farmaconv@pec.aslfrosinone.it](mailto:farmaconv@pec.aslfrosinone.it), corredata degli estremi di protocollazione dell'istanza presentata al Comune e degli stessi documenti ad essa allegati.
- La domanda deve pervenire all'Azienda ASL di Frosinone, con tutta la documentazione richiesta, **almeno 15 giorni prima** rispetto alla data presunta di autorizzazione della nuova titolarità a seguito di Decreto comunale.
- Per pratica operatività e per il necessario adeguamento di anagrafica della sede farmaceutica sulle piattaforme in uso da parte della UOC Farmacia, il trasferimento della titolarità deve coincidere possibilmente con il primo giorno del mese. Solo in via del tutto eccezionale, il trasferimento può avvenire nel corso del mese.
- Il Dirigente Farmacista preposto acquisita la domanda, controlla tutta la documentazione necessaria al trasferimento di titolarità e richiede eventuali documenti mancanti.
- Il Comune interessato, prende visione di quanto ricevuto, emette e notifica il documento di autorizzazione al richiedente tramite decreto originale che deve essere, altresì, notificato in copia conforme alla ASL di Frosinone – UOC Farmacia a mezzo pec agli indirizzi [protocollo@pec.aslfrosinone.it](mailto:protocollo@pec.aslfrosinone.it) e [farmaconv@pec.aslfrosinone.it](mailto:farmaconv@pec.aslfrosinone.it).
- Il Titolare subentrante o il Rappresentante Legale della società subentrante, una volta ricevuto il Decreto autorizzativo di trasferimento della titolarità da parte del Sindaco, invia il modulo di "Richiesta attribuzione Codice Regionale di identificazione della Farmacia" (**Allegato 7**), allegando l'atto autorizzativo all'Azienda ASL di Frosinone – UOC Farmacia agli indirizzi pec [protocollo@pec.aslfrosinone.it](mailto:protocollo@pec.aslfrosinone.it) e [farmaconv@pec.aslfrosinone.it](mailto:farmaconv@pec.aslfrosinone.it). Il modulo di "Richiesta attribuzione Codice Regionale di identificazione della Farmacia" deve essere debitamente compilato in tutte le sue parti, al fine di permettere alla UOC Farmacia l'inserimento di anagrafica sulle piattaforme in uso.
- La UOC Farmacia, valutato il Decreto autorizzativo di trasferimento di titolarità, attribuisce il nuovo codice regionale alla sede farmaceutica e lo trasmette a mezzo pec al richiedente.

- La UOC Farmacia, una volta assegnato il nuovo Codice Regionale, provvede all’inserimento di anagrafica della sede farmaceutica sul portale SOGEI e sul Sistema DCRonline ed invia la documentazione al Servizio Farmaceutico del Distretto di afferenza della sede stessa.
- A seguito dell’aggiornamento dell’anagrafica sul portale SOGEI, il Codice Identificativo per l’accesso al portale del Sistema TS viene trasmesso, a mezzo PEC, al Direttore Tecnico della Farmacia.
- La UOC Farmacia trasmette per opportuna conoscenza tutta la documentazione unitamente al Decreto autorizzativo alla UOC Affari Generali.
- La UOC Farmacia provvede a trasmettere il provvedimento autorizzativo per conoscenza e seguito di competenza a:
  - Ministero della Salute – Direzione Generale dei Dispositivi Medici e del Servizio Farmaceutico – Sede Centrale Viale Giorgio Ribotta, 5 – 00144 Roma, PEC: [dgfdm@postacert.sanita.it](mailto:dgfdm@postacert.sanita.it);
  - Direzione Regionale delle entrate per il Lazio – via G. Capranesi, 54 – 00155 Roma,
  - PEC: [dr.lazio.gtpec@pce.agenziaentrate.it](mailto:dr.lazio.gtpec@pce.agenziaentrate.it);
  - Ordine dei Farmacisti della Provincia di Frosinone, PEC: [ordinefarmacistifr@pec.fofi.it](mailto:ordinefarmacistifr@pec.fofi.it);
  - Regione Lazio – Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Farmaci e Dispositivi via R.R. Garibaldi 45 - Roma, PEC: [politicadelfarmaco@regione.lazio.legalmail.it](mailto:politicadelfarmaco@regione.lazio.legalmail.it).

➡ Sarà cura della farmacia chiedere la vidimazione del Registro di entrata e di uscita delle sostanze stupefacenti di cui all’art. 60, comma 1, del DPR 309/90 e s.m.i. alla struttura di Farmacia dell’Ospedale di riferimento.

## 6. DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE

Il richiedente invia l’istanza alla ASL di Frosinone – UOC Farmacia (**Allegato 1**) con la seguente documentazione, allegata nell’ordine che segue:

1. Estremi di protocollazione (o ricevuta PEC) dell’istanza inviata al Comune;
2. Copia Decreto Autorizzativo del Sindaco della precedente titolarità;
3. Atto notarile in copia conforme di compravendita e/o di cessione della farmacia;
4. Atto notarile in copia conforme di costituzione della società/statuto;
5. Visura camerale C.C.I.A.A.;
6. Copia del Contratto di locazione o titolo di proprietà dei locali sede della Farmacia;
7. Copia ricevuta di versamento tassa di concessione a favore della Regione Lazio;
8. Documenti per il Titolare subentrante ovvero, se trattasi di società, per tutti i Soci:
  - “Dichiarazione sostitutiva di atto notorio di assenza di condizioni di incompatibilità (Legge n. 362/1991 e s.m.i.)”: se il dichiarante è una persona fisica (titolare o socio persona fisica) deve essere compilato il modulo di cui all’**Allegato 2**; se il socio è una società, il Rappresentante Legale compila il modulo di cui all’**Allegato 2 bis**;
  - “Autocertificazione antimafia” (**Allegato 3**);
  - Copia fotostatica dei documenti di riconoscimento in corso di validità e dei codici fiscali;
  - “Informativa/Consenso al trattamento dati personali” (**Allegato 4**);
9. Documenti per i soli Soci Farmacisti (in aggiunta ai documenti di cui al punto che precede):

- *“Autocertificazione possesso titoli per esercizio professionale farmacista e possesso requisiti per idoneità titolarità” (Allegato 5);*
  - 10. *“Atto di nomina e di accettazione della direzione della farmacia da parte del Direttore Tecnico” (Allegato 6)*
  - 11. In caso di trasferimento di titolarità a società, *“Dichiarazione sostitutiva di certificazione” (Allegato 7)*, comprovante che la società, ai sensi degli artt. 2359 e segg. del codice civile, controlla, direttamente o indirettamente, non più del 20 per cento delle farmacie esistenti nel territorio della medesima regione o provincia autonoma (art. 1, comma 158, L. 124/2017).
  - 12. *“Richiesta attribuzione Codice regionale di identificazione della Farmacia” (Allegato 8).*
- ➡ Per ogni tipo di modifica ai locali della sede della farmacia o al trasferimento della sede della farmacia in altro locale, si rinvia ad altra procedura.

## 7. TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La presentazione della domanda deve pervenire almeno **15 giorni prima** della data presunta di autorizzazione di trasferimento della titolarità (decreto comunale), precisando che la stessa sarà ritenuta accettata solo se compiutamente compilata e corredata da tutti gli allegati previsti.

## 8. SANZIONI

L'assunzione dell'esercizio della farmacia senza autorizzazione da parte dell'autorità competente, a norma dell'art. 1 comma 4 della L. 475/1968, come modificato dall'art. 1 della L. 362/1991, è punito con l'arresto fino ad un mese e con l'ammenda da € 2.582,28 ad € 5.164,57 (art. 3 comma 1 L. 362/1991), nonché con l'immediata chiusura della farmacia (art. 3 comma 2 L. 362/1991).

Secondo quanto stabilito dall'art. 1 comma 160 della L. 124/2017, *“Lo statuto delle società di cui all'articolo 7 e ogni successiva variazione, ivi incluse quelle relative alla compagine sociale, sono comunicati, entro sessanta giorni, alla Federazione degli ordini dei farmacisti italiani, nonché all'assessore alla sanità della competente regione o provincia autonoma, all'ordine provinciale dei farmacisti e all'unità sanitaria locale competente per territorio”.*

La mancata comunicazione di cui all'art. 1, comma 160 della L. 124/2017, *“comporta la sospensione del farmacista dall'albo professionale per un periodo non inferiore ad un anno. Se è sospeso il socio che è direttore responsabile, la direzione della farmacia gestita da una società è affidata ad un altro dei soci. Se sono sospesi tutti i soci è interrotta la gestione della farmacia per il periodo corrispondente alla sospensione dei soci. L'autorità sanitaria competente nomina, ove necessario, un commissario per il periodo di interruzione della gestione ordinaria, da scegliersi in un elenco di professionisti predisposto dal consiglio direttivo dell'ordine provinciale dei farmacisti, ai sensi dell'art. 8, comma 3 della L. 362/1991.*

## 9. ARCHIVIAZIONE

Il provvedimento autorizzativo (copia conforme) e la documentazione allegata ricevuta unitamente all'istanza di trasferimento di titolarità vengono archiviati e conservati nel fascicolo relativo alla sede farmaceutica.

## 10. REFERENTI

Direttore UOC Farmacia:

Dott. Fulvio Ferrante

Tel: 0775/8822304 mail: [uocfarmacia@aslfrosinone.it](mailto:uocfarmacia@aslfrosinone.it)

Dirigente Farmacista UOC Farmacia:

Dott.ssa Sabrina Crescenzi

Tel: 0775/8822303 mail: [sabrina.crescenzi@aslfrosinone.it](mailto:sabrina.crescenzi@aslfrosinone.it)

Dirigente Farmacista UOC Farmacia:

Dott.ssa Alessandra Iadecola

Tel: 0775/8822458 mail: [alessandra.iadecola@aslfrosinone.it](mailto:alessandra.iadecola@aslfrosinone.it)

Dirigente Farmacista UOC Farmacia:

Dott.ssa Loretta Conflitti

Tel: 0776/8294210 mail: [loretta.conflitti@aslfrosinone.it](mailto:loretta.conflitti@aslfrosinone.it)

Collaboratore Amministrativo UOC Farmacia:

Dott.ssa Angelica Sonia Cosi

Tel: 0775/8822476 mail: [angelica.cosi@aslfrosinone.it](mailto:angelica.cosi@aslfrosinone.it)



## 11. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

ATTIVITA'	DIRIGENTE FARMACISTA UOC FARMACIA	PERSONALE AMMINISTRATIVO UOC FARMACIA
Acquisizione istanza e documentazione	A	R
Controllo e richiesta integrazioni documentazione	A	R
Acquisizione decreto autorizzativo e modulo richiesta codice	A	R
Attribuzione codice regionale sede farmaceutica	R	
Trasmissione codice regionale alla farmacia	A	R
Aggiornamento piattaforme e trasmissione codici SOGEI al Direttore Farmacia	A	R
Invio documentazione al Servizio Farmaceutico del Distretto di afferenza	A	R
Trasmissione documentazione e Decreto autorizzativo alla UOC Affari Generali	A	R
Trasmissione Decreto autorizzativo a organi competenti	A	R
Archiviazione	A	R

**R** = Responsible (Responsabile esecutivo); **A** = Accountable (Supervisore del lavoro del Responsible);

## ALLEGATI

1. *“Istanza di autorizzazione al trasferimento titolarità” (Allegato 1);*
2. *“Autocertificazione di assenza di condizioni di incompatibilità (art. 8, comma 1, Legge n. 362/1991 e successive modificazioni)”*: se persona fisica **Allegato 2**, **Allegato 2 bis** se trattasi società;
3. *“Autocertificazione antimafia” (Allegato 3);*
4. *“Informativa/Consenso al trattamento dati personali” (Allegato 4);*
5. *“Autocertificazione possesso titoli per esercizio professionale farmacista e possesso requisiti per idoneità titolarità farmacia” (Allegato 5);*
6. *“Atto di nomina e di accettazione del Direttore Tecnico”* (in caso di società) **(Allegato 6)**;
7. *“Dichiarazione sostitutiva di certificazione”* comprovante che la società, ai sensi degli artt. 2359 c.c e segg., controlla, direttamente o indirettamente, non più del 20 per cento delle farmacie esistenti nel territorio della medesima regione o provincia autonoma **(Allegato 7)**.
8. *“Richiesta attribuzione Codice Regionale di identificazione della Farmacia” (Allegato 8).*

**ALLEGATO 1**

Al Sindaco del Comune di \_\_\_\_\_

e p.c. ASL Frosinone – UOC Farmacia

**ISTANZA DI AUTORIZZAZIONE AL TRASFERIMENTO DI TITOLARITÀ FARMACIA**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il  
 \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
 residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel  
 \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
 mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_  
 in qualità di Titolare subentrante/Rappresentante Legale della Società  
 P.IVA \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non vere, di cui all'art. 75 del DPR 445/2000

**CHIEDE**

alla S.V. il provvedimento autorizzativo per il trasferimento di titolarità della sede farmaceutica con esercizio in Via/Piazza  
 \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

A tal fine si allega alla presente istanza la necessaria documentazione:

1. Atto notarile in copia conforme di compravendita e/o di cessione della farmacia;
2. Atto notarile in copia conforme di costituzione della società/statuto;
3. Visura camerale C.C.I.A.A.;
4. Copia del Contratto di locazione o titolo di proprietà dei locali sede della Farmacia;
5. Copia ricevuta di versamento tassa di concessione a favore della Regione Lazio;
6. Documenti per il Titolare subentrante ovvero, se trattasi di società, per tutti i Soci:
  - *Dichiarazione sostitutiva di atto notorio di assenza di condizioni di incompatibilità (Legge n. 362/1991 e s.m.i.):* se il socio è una persona fisica deve essere compilato il modulo di cui all' **Allegato 2**; se il socio è una società, il legale rappresentante compila il modulo di cui all' **Allegato 2 bis**;
  - *Autocertificazione antimafia (Allegato 3);*
  - *Copia fotostatica dei documenti di riconoscimento in corso di validità e dei codici fiscali;*
  - *Informativa/Consenso al trattamento dati personali (Allegato 4);*
7. Documenti per i soli Soci Farmacisti (in aggiunta ai documenti di cui al punto che precede):
  - *Autocertificazione possesso dei titoli per l'esercizio professionale del farmacista e possesso requisiti per idoneità titolarità farmacia (Allegato 5);*
8. *Atto di nomina e di accettazione della direzione della farmacia da parte del Direttore Tecnico (Allegato 6);*
9. *Dichiarazione sostitutiva di certificazione* comprovante che la società, ai sensi degli artt. 2359 c.c e segg., controlla, direttamente o indirettamente, non più del 20 per cento delle farmacie esistenti nel territorio della medesima regione o provincia autonoma (**Allegato 7**).

In fede,

Luogo e data

Firma

**ALLEGATO 2 (se il socio è una persona fisica)**

**AUTOCERTIFICAZIONE DI ASSENZA DI CONDIZIONI DI INCOMPATIBILITÀ**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(art. 46 e 47 D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente  
a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ codice fiscale  
\_\_\_\_\_ documento n° \_\_\_\_\_ rilasciato da  
\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_,

- consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti, uso o esibizione di atti falsi; consapevole, inoltre, della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del DPR 445/2000;
- ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato DPR 445/2000;
- sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità previste dall'art 13 Legge 475/1968 e dagli artt. 7 e 8 della Legge 8 novembre 1991 n. 362 e s.m.i, ed in particolare:

- con la posizione di titolare, gestore provvisorio, direttore o collaboratore di altra farmacia;
- con qualsiasi rapporto di lavoro subordinato con enti pubblici o privati;
- con qualsiasi altra attività esplicata nel settore della produzione e informazione scientifica del farmaco, nonché con l'esercizio della professione medica

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

ALLEGATO 2 bis (se il socio è una società)

## AUTOCERTIFICAZIONE DI ASSENZA DI CONDIZIONI DI INCOMPATIBILITÀ

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 e 47 D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di Rappresentante Legale della Società

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente

a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ codice fiscale

\_\_\_\_\_ documento n° \_\_\_\_\_ rilasciato da

\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_,

- consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti, uso o esibizione di atti falsi; consapevole, inoltre, della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del DPR 445/2000;
- ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato DPR 445/2000;
- sotto la propria responsabilità

### DICHIARA

che la Società \_\_\_\_\_ non si trova nelle condizioni di incompatibilità previste dall'art. 13 Legge 475/1968 e dagli artt. 7 e 8 della Legge 8 novembre 1991 n. 362 e s.m.i, ed in particolare con qualsiasi altra attività esplicita nel settore della produzione e informazione scientifica del farmaco, nonché con l'esercizio della professione medica.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma del Rappresentante Legale

\_\_\_\_\_

**ALLEGATO 3**
**AUTOCERTIFICAZIONE ANTIMAFIA**  
**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e dell'art. 89 D.Lgs. n. 159/2011)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente  
 a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza  
 \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ codice fiscale  
 \_\_\_\_\_ documento n° \_\_\_\_\_ rilasciato da  
 \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ in qualità di  
 \_\_\_\_\_ della Farmacia  
 \_\_\_\_\_ avente la sede in  
 \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ indirizzo  
 \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_,

- consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti, uso o esibizione di atti falsi; consapevole, inoltre, della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del DPR 445/2000;
- ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato DPR 445/00;
- sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

ai sensi della vigente normativa antimafia, che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione previste dall'art. 67 del D.Lgs. n. 159/2011 e successive modificazioni ed integrazioni;

- ai sensi dell'art 85 comma 3 del D.Lgs. n. 159/2011 e ss.mm.ii., di avere i seguenti **familiari conviventi di maggiore età**:

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Rapporto con il dichiarante	Codice Fiscale

- ai sensi dell'art 85 comma 3 del D.Lgs. n. 159/2011 e ss.mm.ii., di **NON avere familiari conviventi di maggiore età**.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

## ALLEGATO 4

## INFORMATIVA/CONSENSO SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Reg. UE n. 2016/679 del 27/04/2016 stabilisce norme relative alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali. Pertanto, come previsto dall'art. 13 del Regolamento, si forniscono le seguenti informazioni:

**Titolare del Trattamento:** ASL di Frosinone, con sede in Frosinone, Via A. Fabi snc, CAP 03100, Cod. Fisc./P.Iva n. 01886690609, e-mail [protocollo@aslfrosinone.it](mailto:protocollo@aslfrosinone.it), in persona del Direttore Generale e legale rappresentante.

Quale soggetto interessato potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti tramite l'ufficio URP sito in Frosinone – via A. Fabi s.n.c.o direttamente all'indirizzo email: [urp@aslfrosinone.it](mailto:urp@aslfrosinone.it), o, in alternativa, indirizzare comunicazioni e/o richieste all'indirizzo [protocollo@pec.aslfrosinone.it](mailto:protocollo@pec.aslfrosinone.it).

**Responsabile del trattamento:** Funzionario responsabile del procedimento e dirigente.

**Il Responsabile della Protezione dei dati personali (DPO)** è indicato nell'apposita sezione del sito aziendale ed è contattabile al numero di telefono 0775.2072610, all'indirizzo email [dpo@aslfrosinone.it](mailto:dpo@aslfrosinone.it)–indirizzo PEC [dpo@pec.aslfrosinone.it](mailto:dpo@pec.aslfrosinone.it)

**Finalità del trattamento.** Il trattamento dei dati è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento.

I dati personali saranno utilizzati dal titolare del trattamento nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

**Modalità del trattamento.** I dati saranno trattati da persone autorizzate, con strumenti cartacei e informatici, ivi compresa la creazione di archivi web, spedizioni tramite posta, fax ed e-mail di comunicazione.

**Destinatari dei dati.** I dati potranno essere comunicati a terzi nei casi previsti dalla L. 7/08/1990 n. 241 (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi), ove applicabile, e in caso di controlli sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 “Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa), organi di controllo e Aziende Sanitarie.

**Profilazione.** In nessun caso verrà effettuata qualsivoglia forma di trattamento automatizzato dei Dati personali per ottenere informazioni relative alle Sue preferenze personali, alle inclinazioni sessuali, ai comportamenti, alla situazione economica ed all'ubicazione.

**Natura del Conferimento Dei Dati** Il conferimento dei dati è OBBLIGATORIO; il rifiuto comporterà l'impossibilità da parte dell'ASL Frosinone di procedere alla valutazione della sussistenza dei requisiti finalizzati ad ottenere quanto in oggetto alla domanda.

**Diritti:** L'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso e di rettifica dei dati personali, nonché ha il diritto di presentare reclamo al Garante per la protezione dei dati personali. Ha, inoltre, il diritto alla cancellazione dei dati e alla limitazione al loro trattamento nei casi previsti dal regolamento.

Per esercitare tali diritti tutte le richieste devono essere rivolte all'ASL di Frosinone.

**Periodo di conservazione dei dati.** I dati personali saranno conservati per un periodo non superiore a quello necessario per il perseguimento delle finalità sopra menzionate o comunque non superiore a quello imposto dalla legge per la conservazione dell'atto o del documento che li contiene.

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il  
 \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
 residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel  
 \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
 mail \_\_\_\_\_ in qualità di

- Rappresentante Legale
- Socio
- Titolare
- Direttore Tecnico
- Gestore provvisorio
- Collaboratore

della Farmacia \_\_\_\_\_ avente la sede in  
\_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ indirizzo  
\_\_\_\_\_

dichiara di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali (barrare la casella);

- AUTORIZZA**  
 **NON AUTORIZZA**

ai fini del D.Lgs. 193/2003, coordinato con il D.Lgs 101/2018, il trattamento, il trasferimento e la comunicazione dei dati riportati nella presente istanza ai fini degli adempimenti previsti per il provvedimento in oggetto e, in particolare, per il trattamento di eventuali dati sensibili.

In fede,

\_\_\_\_\_, li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**Validato dal Responsabile Aziendale Unità Privacy - DPO Dott. Carlo Baldesi**



**ALLEGATO 5**

**AUTOCERTIFICAZIONE POSSESSO TITOLI PER ESERCIZIO PROFESSIONALE FARMACISTA E  
 POSSESSO REQUISITI PER IDONEITÀ TITOLARITÀ FARMACIA  
 DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
 (art. 46 D.P.R. 28.12.2000 n. 445)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente  
 a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza  
 \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ codice fiscale  
 \_\_\_\_\_ documento n° \_\_\_\_\_ rilasciato da  
 \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
 PEC \_\_\_\_\_,

- consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del DPR 445/2000;
- ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del citato DPR 445/2000;
- sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

- di essere in possesso della Laurea in \_\_\_\_\_  
conseguita presso l'Università di \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_;
- 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. \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso del requisito di idoneità (obbligatorio solo per il Direttore Tecnico di farmacia a gestione societaria o se il titolare è una persona fisica):
  - idoneità ad un concorso (specificare):  
\_\_\_\_\_
  - pratica professionale (specificare nel seguito i periodi lavorativi e presso quali sedi farmaceutiche sono stati svolti):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

## ALLEGATO 6

**ATTO DI NOMINA E DI ACCETTAZIONE DEL DIRETTORE**

(Art. 7 comma 3 Legge 362/1991 modificato dalla Legge 4 agosto 2017 n. 124)

*“La direzione della farmacia gestita dalla società è affidata a un farmacista in possesso del requisito dell’idoneità previsto dall’art. 12 della Legge 2 aprile 1968 n. 475 e successive modificazioni che ne è responsabile”*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ in qualità di

LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA SOCIETA’

ALTRO \_\_\_\_\_

Oppure i soci:

- Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ Farmacista, codice fiscale \_\_\_\_\_;
- Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ Farmacista, codice fiscale \_\_\_\_\_;
- Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ Farmacista, codice fiscale \_\_\_\_\_;
- Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ Farmacista, codice fiscale \_\_\_\_\_;

della Società o Farmacia con Denominazione/Ragione Sociale  
Cod Fisc/ PIVA \_\_\_\_\_ Sita in  
\_\_\_\_\_ via /p.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**AFFIDA/AFFIDANO**

la Direzione della Farmacia \_\_\_\_\_ al  
Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ iscritt\_ all’Albo Professionale dei Farmacisti di  
\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ ed in possesso del requisito di idoneità  
conseguito a seguito di:

concorso (specificare):

\_\_\_\_\_

pratica professionale (specificare nel seguito i periodi lavorativi e presso quali sedi farmaceutiche sono stati svolti):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Consapevole che la nomina prevede anche l’assegnazione delle credenziali SOGEI da parte della ASL, dichiara che ogni modifica sarà comunicata prontamente a Codesti Spettabili Uffici in tempi utili per lo svolgimento di tutte le procedure amministrative compreso quelle relative ai suddetti adempimenti.

**Si allegano i seguenti documenti relativi al Direttore incaricato:**

- Copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale;
- *Informativa/Consenso sul trattamento dei dati personali (Allegato 4)*;
- *Autocertificazione possesso titoli per esercizio professionale del farmacista e possesso requisiti per idoneità titolarità farmacia (Allegato 5)*.

Luogo e data

Il Farmacista Direttore

(per accettazione, presa visione ed autorizzazione al trattamento dei propri dati personali ai sensi D.Lvo 196/03 per accettazione della direzione della farmacia)

\_\_\_\_\_

Il legale rappresentante/altro/ Soci

\_\_\_\_\_

**ALLEGATO 7  
ALLEGATO 7**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

*(art. 46 e 47 D.P.R. 28.12.2000 n. 445)*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di Rappresentante Legale della Società

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente

a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ codice fiscale

\_\_\_\_\_ documento n° \_\_\_\_\_ rilasciato da

\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_,

- consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti, uso o esibizione di atti falsi; consapevole, inoltre, della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del DPR 445/2000;
- ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato DPR 445/2000;
- sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

che la suddetta Società, ai sensi degli artt. 2359 c.c. e segg., controlla, direttamente o indirettamente, non più del 20 per cento delle farmacie esistenti nel territorio della medesima regione o provincia autonoma.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma del Rappresentante Legale

\_\_\_\_\_

Spett. Azienda Sanitaria Locale Frosinone  
U.O.C. Farmacia  
Via A. Fabi, snc  
03100 Frosinone

**OGGETTO: RICHIESTA ATTRIBUZIONE CODICE REGIONALE DI IDENTIFICAZIONE DELLA FARMACIA**

Il sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_,

nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_, in qualità di Titolare/Rappresentante Legale della Farmacia

Partita I.V.A. \_\_\_\_\_, sita in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_, Tel. \_\_\_\_\_

Cell \_\_\_\_\_, Fax \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_,

PEC \_\_\_\_\_,

C/C Bancario \_\_\_\_\_, A.B.I. \_\_\_\_\_, C.A.B. \_\_\_\_\_,

IBAN \_\_\_\_\_

intestato a \_\_\_\_\_

Adesione a Sindacato Sì  No  Se sì, specificare quale \_\_\_\_\_

Cessione Credito Sì  No  Se sì, specificare il Cessionario \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'attribuzione del nuovo Codice Regionale della Farmacia sopra denominata.

Allega alla presente copia del Certificato di autorizzazione alla gestione della Farmacia (Decreto del Sindaco) n° \_\_\_\_\_  
rilasciato in data \_\_\_\_\_

Frosinone, lì

Con osservanza

Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

Visti gli atti, si attribuisce il Codice Regionale di identificazione della Farmacia richiedente

N° \_\_\_\_\_,

Si rilascia, per gli usi consentiti dalla legge, in data \_\_\_\_\_

Prot. \_\_\_\_\_

Il Direttore U.O.C. Farmacia  
Dott. Fulvio Ferrante