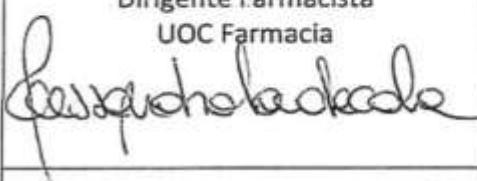
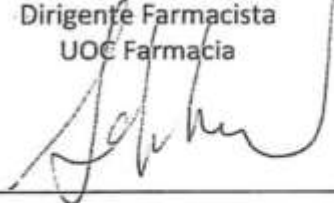
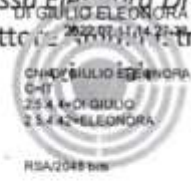
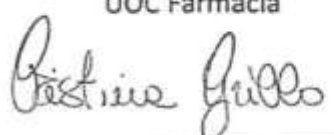


Procedura aziendale per trasferimento di titolarità di una sede farmaceutica a persona fisica o ditta individuale o società di persone e/o capitali

**Procedura
n. 15 /2022
Rev. 00
12/07/2022**

REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO
<i>Dott.ssa Alessandra Iadecola</i> Dirigente Farmacista UOC Farmacia 	<i>Dott. Ferrante Fulvio</i> Direttore UOC Farmacia 	<i>Dott. Stefano Brighi</i> Direttore Sanitario Aziendale  STEFANO BRIGHI 11.07.2022 13:03:56 GMT+01:00
<i>Dott.ssa Sabrina Crescenzi</i> Dirigente Farmacista UOC Farmacia 	<i>Dott. Giancarlo Pizzutelli</i> Direttore Dipartimento di Prevenzione  GIANCARLO PIZZUTELLI DIRETTORE DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE 05.07.2022 17:28:04 GMT+01:00	<i>Dott.ssa Eleonora Di Giulio</i> Direttore Amministrativo  DI GIULIO ELEONORA 2022.07.11 14:21:40 CHIAVE DI GIULIO ELEONORA C=IT 2.5.4.1=DI GIULIO 2.5.4.2=ELEONORA RSA2048 bits
<i>Dott.ssa Loretta Conflitti</i> Dirigente Farmacista UOC Farmacia 	<i>Dott.ssa Francesca Memè</i> Dirigente Amministrativo UOC Affari Generali  Francesca Memè 11.07.2022 08:42:53 GMT+01:00	
<i>Dott.ssa Cristina Grillo</i> Collaboratore Amministrativo UOC Farmacia 		

INDICE:

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

1. 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.

2. SCOPO/OBIETTIVO

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

Possono essere titolari dell'esercizio della farmacia privata le persone fisiche, purché abbia 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, anche, 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.

I soggetti titolari di farmacia possono controllare, direttamente o indirettamente, ai sensi degli articoli 2359 e seguenti del codice civile, non più del 20% delle farmacie esistenti nel territorio della medesima Regione o Provincia Autonoma.

La partecipazione a tali società è incompatibile con qualsiasi altra attività svolta nel settore della produzione e informazione scientifica del farmaco, nonché con l'esercizio della professione medica. È, altresì, incompatibile con la posizione di titolare, gestore provvisorio, direttore o collaboratore di altra farmacia e con qualsiasi rapporto di lavoro pubblico o privato.

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

SCIA: Segnalazione Certificata Inizio Attività

CILA: Comunicazione Inizio Lavori Asseverata

SCA: Segnalazione Certificata di Agibilità

5. MODALITÀ OPERATIVE

Il trasferimento della Titolarità di una farmacia a favore di persona fisica, ditta individuale, società di persone e/o di capitali, prevede la presentazione di una Domanda di Autorizzazione, in marca da bollo da 16,00 euro, con allegati i relativi documenti, all'Autorità Sanitaria competente per territorio (Comune). La domanda deve essere inviata da parte del Titolare subentrante o del Rappresentante Legale della Società subentrante (**Allegato 1**).

La domanda di autorizzazione deve essere presentata in carta semplice all'Azienda ASL Frosinone – UOC Farmacia (**Allegato 2**), corredata dei documenti già presentati al Sindaco del Comune, unitamente agli estremi di protocollazione della domanda di autorizzazione al trasferimento di titolarità e, consegnata presso il Protocollo Generale Azienda ASL Frosinone, via A. Fabi snc – Frosinone, oppure inviata a mezzo raccomandata A/R, ovvero inviata a mezzo pec agli indirizzi protocollo@pec.aslfrosinone.it e farmaconv@pec.aslfrosinone.it.

La domanda deve pervenire all'Azienda ASL di Frosinone, con tutta la documentazione richiesta in un unico file PDF, **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. Successivamente, tutta la documentazione ricevuta viene trasmessa alla UOC Affari Generali per la valutazione di eventuali elementi ostativi al trasferimento di titolarità di una farmacia, da comunicare alla UOC Farmacia entro 7 giorni dal ricevimento della documentazione.

La UOC Farmacia, a seguito di tutti i controlli e in caso di motivi ostativi da parte della UOC Affari Generali provvede alla comunicazione al richiedente circa l'esito della richiesta.

Il Comune, acquisita e controllata la documentazione, il quale può richiedere preventivamente un eventuale parere e/o chiarimento alla UOC Farmacia, emette e notifica l'atto di trasferimento della titolarità della sede farmaceutica al Titolare o al Legale Rappresentante della Società richiedente tramite Decreto autorizzativo originale in bollo.

Il Decreto autorizzativo (copia conforme) deve essere, altresì, notificato dal Comune alla ASL di Frosinone – UOC Farmacia direttamente presso il Protocollo Generale Azienda ASL Frosinone, via A. Fabi snc – Frosinone, oppure tramite raccomandata A/R, ovvero a mezzo pec agli indirizzi protocollo@pec.aslfrosinone.it e farmaconv@pec.aslfrosinone.it.

Inoltre, il Titolare o il Rappresentante Legale trasmette anche il modulo di “*Richiesta attribuzione Codice Regionale di identificazione della Farmacia*” (**Allegato 7**), allegando l’atto autorizzativo di trasferimento di titolarità, all’Azienda ASL di Frosinone – UOC Farmacia agli indirizzi pec protocollo@pec.aslfrosinone.it e farmaconv@pec.aslfrosinone.it, ovvero alla ASL di Frosinone – UOC Farmacia presso il Protocollo Generale Azienda ASL Frosinone, via A. Fabi snc – Frosinone, oppure inviata a mezzo raccomandata A/R.

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’aggiornamento di anagrafica sulle piattaforme in uso.

Il Dirigente Farmacista preposto, valutato il Decreto autorizzativo, attribuisce il nuovo codice regionale alla sede farmaceutica e lo trasmette a mezzo pec al Titolare o al Rappresentante Legale della Società.

Il Dirigente Farmacista preposto, una volta assegnato il nuovo Codice Regionale, provvede all’aggiornamento di anagrafica della sede farmaceutica sul portale SOGEI e sul Sistema DCRonline ed invia la documentazione alla Commissione Ispettiva di Vigilanza del Distretto di afferenza della sede stessa.

A seguito dell’aggiornamento dell’anagrafica sul portale SOGEI, il Codice Identificativo viene trasmesso, a mezzo PEC, al Titolare/Direttore Tecnico della Farmacia.

La UOC Farmacia provvede, inoltre, a trasmettere il provvedimento autorizzativo per conoscenza e seguito di competenza a:

1. 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;
2. Direzione Regionale delle entrate per il Lazio – Via Marcello Boglione, 73-81 00155 Roma, PEC: dr.lazio.gtpec@pce.agenziaentrate.it;
3. Ordine dei Farmacisti della Provincia di Frosinone, PEC: ordinefarmacistifr@pec.fofi.it;
4. Regione Lazio – Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Farmaci e Dispositivi via R.R. Garibaldi 45 - Roma, PEC: politicadelfarmaco@regione.lazio.legalmail.it.

6. DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALL’ISTANZA DA PRESENTARE ALLA ASL

Il richiedente (Titolare o Rappresentante Legale) trasmette la seguente documentazione, corredata di un elenco, in un UNICO FILE PDF e nell’ordine che segue:

1. Copia della domanda presentata al Comune con estremi di protocollazione (o ricevuta PEC);
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 e tutti i Soci Farmacisti:
 - Dichiarazione sostitutiva di atto notorio di incompatibilità (Legge n. 362/1991 e successive modificazioni) (**Allegato 3**);

- Autocertificazione antimafia (**Allegato 4**);
- Fotocopia dei documenti di riconoscimento in corso di validità e dei codici fiscali.

Per i Soci Farmacisti, in aggiunta a quanto sopra:

- Autocertificazione possesso dei titoli per l'esercizio professionale del farmacista e il possesso dei requisiti per l'idoneità della titolarità della farmacia (**Allegato 5**);
9. Atto di nomina e di accettazione della direzione della farmacia del Direttore Tecnico, in caso di Società (**Allegato 6**);
 10. Modulo di *"Richiesta attribuzione Codice regionale di identificazione della Farmacia"* (**Allegato 7**).

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 della nuova titolarità (decreto comunale), precisando che la stessa sarà ritenuta accettata solo se compiutamente compilata e corredata da tutti gli allegati previsti ed inoltrata in **un unico file PDF**.

8. 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.

9. REFERENTI

Direttore UOC Farmacia:

Dott. Fulvio Ferrante

Tel: 0775/8822304 mail: uocfarmacia@aslfrosinone.it

Dirigente Farmacista UOC Farmacia:

Dott.ssa Sabrina Crescenzi

Tel: 0775/8822303 mail: sabrina.crescenzi@aslfrosinone.it

Dirigente Farmacista UOC Farmacia:

Dott.ssa Alessandra Iadecola

Tel: 0775/8822458 mail: alessandra.iadecola@aslfrosinone.it

Dirigente Farmacista UOC Farmacia:

Dott.ssa Loretta Conflitti

Tel: 0776/8294210 mail: loretta.conflitti@aslfrosinone.it

10. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

ATTIVITA'	DIRIGENTE FARMACISTA UOC FARMACIA	PERSONALE AMMINISTRATIVO UOC AFFARI GENERALI	PERSONALE AMMINISTRATIVO UOC FARMACIA
Acquisizione istanza e documentazione	A		R
Controllo e richiesta integrazioni documentazione	R		R
Invio documentazione ad Ufficio Legale	A		R
Riscontro Ufficio Legale	A	R	R
Comunicazioni alla farmacia di eventuali motivi ostativi	R		R
Acquisizione decreto autorizzativo e modulo richiesta codice	A		R
Attribuzione codice regionale sede farmaceutica	R		R
Trasmissione codice regionale alla farmacia	A		R
Aggiornamento piattaforme e trasmissione codici SOGEI al Direttore Farmacia	A		R
Trasmissione Decreto autorizzativo a organi competenti e Ufficio legale	A		R
Archiviazione	A		R

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

C = Consulted (supporto al Responsible); **I** = Informed (persona informata in merito al lavoro e/o decisioni)

ALLEGATI

1. Istanza di trasferimento titolarità a società da presentare al Comune;
2. Istanza di trasferimento titolarità a Società da presentare all'Azienda ASL di Frosinone;
3. Autocertificazione di assenza di condizioni di incompatibilità (art. 8, comma 1, Legge n. 362/1991 e successive modificazioni);
4. Autocertificazione antimafia;
5. Autocertificazione possesso titoli per l'esercizio professionale del farmacista e del possesso dei requisiti per l'idoneità della titolarità della farmacia;
6. Atto di nomina e di accettazione della direzione della farmacia del Direttore Tecnico designato (in caso di società);
7. Modulo di *"Richiesta attribuzione Codice Regionale di identificazione della Farmacia"*;

ALLEGATO 1

Al Sindaco del Comune di _____

RICHIESTA TRASFERIMENTO TITOLARITA' A PERSONA FISICA O DITTA INDIVIDUALE

Il/La sottoscritt _____ nat ____ a _____ Prov. _____ il
 _____ Codice Fiscale _____
 residente in _____ Prov. _____ Via _____ n. _____ Tel
 _____ Cell. _____
 mail _____ pec _____
 in _____ qualità _____ di _____ Titolare/Rappresentante _____ Legale _____ della _____ Farmacia
 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 e tutti i Soci Farmacisti:
 - Dichiarazione sostitutiva di atto notorio di incompatibilità (Legge n. 362/1991 e successive modificazioni) (**Allegato 3**);
 - Autocertificazione antimafia (**Allegato 4**);
 - Fotocopia dei documenti di riconoscimento in corso di validità e dei codici fiscali.

Per i Soci Farmacisti, in aggiunta a quanto sopra:

- Autocertificazione possesso dei titoli per l'esercizio professionale del farmacista e del possesso dei requisiti per l'idoneità della titolarità della farmacia (**Allegato 5**);
7. Atto di nomina e di accettazione della direzione della Farmacia del Direttore Tecnico designato (**Allegato 6**);
 8. Modulo di "Richiesta attribuzione Codice regionale di identificazione della Farmacia" (**Allegato 7**).

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.

In fede,

Luogo e data

Firma

Spett.le Azienda ASL di Frosinone
U.O.C. Farmacia
Via A. Fabi snc 03100 Frosinone
Pec: farmaconv@pec.aslfrosinone.it
protocollo@pec.aslfrosinone.it

RICHIESTA TRASFERIMENTO TITOLARITA' A SOCIETA'

Il/La sottoscritt _____ nat _____ a _____ Prov. _____ il
_____ Codice Fiscale _____
residente in _____ Prov. _____ Via _____ n. _____ Tel
_____ Cell. _____
mail _____ pec _____
in qualità di Titolare/Rappresentante Legale della Farmacia _____
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

eventuale parere ai fini del rilascio del provvedimento autorizzativo per il trasferimento di titolarità della sede farmaceutica con esercizio in Via/Piazza _____

Comune _____

A tal fine Il/La sottoscritt _____ allega all'istanza la necessaria documentazione:

1. Domanda presentata al Comune in cui ha sede la Farmacia con gli estremi di protocollazione;
2. Atto notarile in copia conforme di compravendita e/o di cessione della farmacia;
3. Atto notarile in copia conforme di costituzione della società/statuto;
4. Visura camerale C.C.I.A.A.;
5. Copia del Contratto di locazione o titolo di proprietà dei locali sede della Farmacia;
6. Copia ricevuta di versamento tassa di concessione a favore della Regione Lazio;
7. Documenti per il Titolare e tutti i Soci Farmacisti:
 - Dichiarazione sostitutiva di atto notorio di incompatibilità (Legge n. 362/1991 e successive modificazioni) (**Allegato 3**);
 - Autocertificazione antimafia (**Allegato 4**);
 - Fotocopia dei documenti di riconoscimento in corso di validità e dei codici fiscali.

Per i Soci Farmacisti, in aggiunta a quanto sopra:

- Autocertificazione possesso dei titoli per l'esercizio professionale del farmacista e del possesso dei requisiti per l'idoneità della titolarità della farmacia (**Allegato 5**);
- 8. Atto di nomina e di accettazione della direzione della farmacia del Direttore Tecnico, in caso di Società (**Allegato 6**);
- 9. Modulo di "Richiesta attribuzione Codice regionale di identificazione della Farmacia" (**Allegato 7**).

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.

In fede,

Luogo e data

Firma

ALLEGATO 3**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 _____
 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 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 4

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

D I C H I A R A

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 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 :
 - ☐ 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:

- Autocertificazione di essere iscritto all’Ordine professionale dei Farmacisti;
- Autodichiarazione sostitutiva atto di notorietà relativa al possesso del requisito di idoneità titolarità farmacia
 acquisito per concorso per assegnazione sedi farmaceutiche ovvero per svolgimento di almeno due anni di pratica
 professionale ai sensi art. 6 L. 892/1984 (Obbligatorio per farmacie PRIVATE a gestione societaria sec Legge 124/17
 art 1 c.157, non per le PUBBLICHE)
- Copia della carta d’identità e del codice fiscale;

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

ASL FROSINONE
 Via A. Fabi snc
 03100 Frosinone

Tel. 0775.8821
 www.asl.fr.it
 p.iva 01886690609

UOC FARMACIA

Direttore: Dott. Fulvio Ferrante
 e-mail: uocfarmacia@aslfrosinone.it
 e-mail pec: farmamonitor@pec.aslfrosinone.it
 tel: 0775 8822306

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