



MARCA DA BOLLO

XI COMUNITA' MONTANA DEL LAZIO
AL RESPONSABILE SUAP
VIA DELLA PINETA 117
00079 ROCCA PRIORA RM

**Richiesta autorizzazione per Trasferimento titolarità di
farmacia**

(leggi n. 475/1968 e n. 362/1991 art. 7 – D.lgs. n. 504/1005 del
26/10/1995 – legge n. 27/ 2012, - D.L.n.1/2012)

AL COMUNE DI _____

1. INDIRIZZO DELL'ATTIVITÀ		
Via/piazza	_____ n. _____	
Comune	_____ prov. _____ CAP _____	
stato	_____ Tel. fisso / cellulare _____	
2. DATI CATASTALI		
Foglio n.	_____ map. _____ (se presenti) sub. _____ sez. _____	
Catasto:	<input type="checkbox"/> fabbricati	
CHIEDE		
Il rilascio dell'autorizzazione a seguito di trasferimento di titolarità della Sede Farmaceutica		

Per la seguente motivazione		
<input type="checkbox"/> per atto di compravendita tra vivi	<input type="checkbox"/> per mortis causa	<input type="checkbox"/> per conferimento d'azienda
<input type="checkbox"/> altro	_____	
Autorizzazione precedente per la quale si chiede il trasferimento		
Numero – Data	_____	

Il sottoscritto i cui dati anagrafici sono riportati nella [Scheda Anagrafica](#) ai sensi e per gli effetti del d.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità e nella consapevolezza delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del d.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa):

DICHIARA	
<input type="checkbox"/>	che con il rilascio dell'atto di cui al presente procedimento il sottoscritto risulterà titolare dell'esercizio di una sola farmacia sull'intero territorio nazionale;
<input type="checkbox"/>	di essere Iscritto all'Albo Professionale della Provincia di (3)

INFORMATIVA SULLA PRIVACY (ART. 13 del d.lgs. n. 196/2003)

Il D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") tutela le persone e gli altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Pertanto, come previsto dall'art. 13 del Codice, si forniscono le seguenti informazioni:

Finalità del trattamento. I dati personali saranno utilizzati dagli uffici nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Modalità del trattamento. I dati saranno trattati dagli incaricati sia con strumenti cartacei sia con strumenti informatici a disposizione degli uffici.

Ambito di comunicazione. I dati potranno essere comunicati a terzi nei casi previsti della Legge 7 agosto 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").

Diritti. L'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, di rettifica, di aggiornamento e di integrazione dei dati come previsto dall'art. 7 del d.lgs. n. 196/2003. Per esercitare tali diritti tutte le richieste devono essere rivolte al SUAP.

Titolare del trattamento: SUAP XI Comunità Montana del Lazio

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali.

Firma del dichiarante _____

3. QUADRO RIEPILOGATIVO DELLA DOCUMENTAZIONE

ALLEGATO	DENOMINAZIONE	CASI IN CUI È PREVISTO
<input type="checkbox"/>	Procura/delega	Nel caso di procura speciale per La trasmissione telematica
<input type="checkbox"/>	Copia del documento di identità del/i titolare/i	Nel caso in cui la segnalazione non sia sottoscritta in forma digitale e in assenza di procura
<input type="checkbox"/>	Permesso di soggiorno (obbligatorio per i cittadini di stati non appartenenti all' Unione Europea)	Solo se ricorre la fattispecie
<input type="checkbox"/>	Autocertificazione circa il possesso dei requisiti di onorabilità del titolare	Sempre obbligatorio
<input type="checkbox"/>	Dichiarazioni sul possesso dei requisiti degli altri Soci + copia del documento di identità	Sempre, in presenza di soggetti (es. soci) diversi dal dichiarante
<input type="checkbox"/>	atto notarile di cessione o trasferimento d'azienda	Sempre obbligatorio
<input type="checkbox"/>	ricevuta di versamento dei diritti di segreteria ed istruttoria SUAP	Sempre obbligatoria
<input type="checkbox"/>	visura camerale semplice aggiornata della C.C.I.AA.	facoltativa

<input type="checkbox"/>	dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà con la quale si attesta l'assenza di situazioni di incompatibilità con la condizione di titolare di farmacia ai sensi della Legge n. 15/1968	Sempre obbligatoria
<input type="checkbox"/>	autocertificazione attestante il processo dell'idoneità alla titolarità conseguita ai sensi dell'art. 6 della Legge n. 892/1984	Sempre obbligatoria
<input type="checkbox"/>	autocertificazione di iscrizione all'Ordine dei Farmacisti indicando numero e data	Sempre obbligatoria
<input type="checkbox"/>	Atto di disponibilità del/dei locale/li adibiti a farmacia	Sempre obbligatoria
<input type="checkbox"/>	copia dei precedenti provvedimenti autorizzativi (es. trasferimento titolarità, trasferimento locali, etc)	Sempre obbligatoria
<input type="checkbox"/>	Planimetria in scala 1:100 con dettaglio dimensionale e divisione delle aree	Sempre obbligatoria

Data _____

Firma del Dichiarante
