Al Direttore del Dipartimento Interaziendale Farmaceutico

Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo

Via Pindemonte, 88 – 90129 Palermo

PEC: [dipfarmaceutico.pec@asppa.it](mailto:dipfarmaceutico.pec@asppa.it)

fax 091/7033019

Il/la sottoscritto/a dr./dr.ssa ………………………………… nato/a a ………………………………. il ………………………….… residente in ……………………………………………………… via ………………………………………………………………………………..

Codice Fiscale ………………………………………………………… 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

Il riconoscimento del trasferimento della titolarità della sede farmaceutica n°……….. Cod. ……………… del Comune di ………………………………..……., sita in via ……………………………..……………..…. n. ………. , già in titolarità al/alla dr./dr.ssa ……………………………..……………………………………..

Dichiara altresì che la Farmacia avrà la seguente ragione sociale **(nuova denominazione come registrata presso l’Agenzia delle entrate)**:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Partita IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Chiede, infine, che ogni comunicazione venga fatta al seguente recapito: via …………………………………………………………………………………… tel. …………………….. fax …………………………..

A tal fine allega la seguente documentazione:

Dichiarazione sostitutiva di certificazione del possesso dei titoli per esercizio alla professione di farmacista, dell’inesistenza di cause di incompatibilità, della sussistenza dei requisiti di idoneità all’esercizio della professione acquisita per compiuta pratica o per concorso ;

Dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante l’inesistenza di cause di divieto, decadenza o sospensione di cui alla normativa antimafia;

Dichiarazione sostitutiva di certificazione di stato di famiglia;

Dichiarazione sostitutiva scheda di monitoraggio rapporti tra ASP Pa e soggetti esterni;

Fotocopia del codice fiscale e di un documento d’identità;

Codice IBAN;

Attestazione di avvenuto versamento delle tasse di CC.GG. regionali per il rilascio;

**In bollo**, Copia conforme dell’atto notarile di vendita, autenticato e registrato;

Indirizzo e-mail/ Indirizzo PEC

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, li\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il/la Il Farmacista richiedente

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

Ai sensi dell’art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è inviata insieme alla fotocopia, non autentica di un documento d’identità del dichiarante, all’ufficio competente. Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lvo n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

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