

Marca da bollo
Euro 16,00
Se esenti indicare
estremi esenzione

Città di Guidonia Montecelio

AREA VIII Servizi alla Persona

Sede centrale: P.zza Matteotti, n. 20 - 00012 Guidonia Montecelio (RM)

Sede Uffici Area VIII: Via Numa Pompilio, n. 37/39 - 00012 Guidonia Montecelio (RM)

P.E.C.: servizi.sociali@pec.guidonia.org

Al Comune di Guidonia Montecelio
Area VIII Servizi alla Persona
U. O. Politiche Sociali

OGGETTO: RICHIESTA DI RILASCIO DI AUTORIZZAZIONE PER FARMACIA

NUOVA APERTURA FARMACIA

APERTURA PER SUBINGRESSO DI FARMACIA

TRASFERIMENTO DI SEDE DI FARMACIA

Privacy: Nel compilare questo modello le chiederemo di fornire dati personali che saranno trattati dall'Amministrazione nel rispetto dei vincoli e delle finalità previste dal Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lsg. 196/2003). Il trattamento avverrà nell'ambito delle finalità istituzionali dell'Amministrazione e pertanto la vigente normativa non richiede una esplicita manifestazione del suo consenso. In ogni caso Lei potrà esercitare i diritti riconosciuti dall'art. 7 del Decreto e le altre facoltà concesse dalla vigente normativa. A norma degli art. 21, 38, 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 (T.U.), consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, sotto la sua personale responsabilità (art. 76 D.P.R. n. 445/2000), **dichiara:**

DICHIARANTE

IL SOTTOSCRITTO

Cognome _____ Nome _____

C.F. _____

Data di nascita ___/___/___ _ Cittadinanza _____ Sesso: M F

Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____ Comune _____

Residenza: Provincia _____ Comune _____

Via, Piazza, ecc. _____ n. _____ CAP _____

In qualità di:

del/ della _____

C.F. _____ Partita IVA (se diversa da C.F.) _____

Denominato/a _____

con sede nel Comune di _____ Provincia _____

Via, Piazza, ecc. _____ n. _____ C.A.P. _____

Rea _____ CCIAA di _____

Tel. _____ PEC _____ MAIL _____

Recapiti telefonici

Tel. _____ cell. _____ fax. _____

e-mail _____ PEC _____

Permesso di soggiorno n. _____ rilasciato da _____ il ___/___/___ /

con scadenza il ___/___/___ (se cittadino non appartenente a Unione Europea)

In qualità di vincitore/i del concorso di cui al decreto n. _____ del _____ della Regione Lazio

(si allega copia del decreto regionale di nomina del titolare di nuova farmacia)

UBICAZIONE ATTIVITA'

Indirizzo

Comune: Guidonia Montecelio (Roma) CAP 00012

Via/Piazza/Largo , _____ n. _____ Piano _____

Interno _____, distinto in catasto al foglio _____, particella _____, sub _____

sezione _____ ASLRM/5

SUPERFICIE DEL LOCALE

Superficie del locale:

Superficie del locale utilizzata per l'attività: Mq _____ (_____)

Superficie complessiva del locale (compresa quella adibita ad altri usi): Mq. _____ (_____)

DISPONIBILITA' LOCALE

di avere la disponibilità del locale le sito in Guidonia Montecelio,

Via/Piazza/Largo _____ n. _____

a titolo di _____ (allegare copia fotostatica)

Ai sensi e per gli effetti del T.U.LL.SS. n. 1265/1934; L. n. 475/1968; D.P.R. n. 1275/1971; L. n. 362/1991 e s.m.i.; L. n. 27/2012, art. 11; L.R. n. 52/1980: L.R. n. 4 del 3.3.2003.

RICHIESTE il rilascio di autorizzazione amministrativa Apertura di nuova farmacia _____ Apertura per subingresso farmacia _____ trasferimento di sede di farmacia _____

Denominata _____

Direttore tecnico della farmacia Dott./Dott.ssa _____

Iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti della provincia di _____ al n. _____ del _____

 NUOVA APERTURA FARMACIA**NUOVA APERTURA FARMACIA**

Accettazione della sede assegnata data _____ prot. n. _____ Regione Lazio

 APERTURA PER SUBINGRESSO DI FARMACIA**MOTIVO DEL SUBINGRESSO**

Subentrerà (indicare i dati dell'attuale intestatario)

Denominazione _____

C.F. _____ P.I. _____

Sede legale _____

Che il trasferimento di farmacia è avvenuto per effetto di:

 Stipula di atto di acquisto di azienda Stipula di atto di affitto di azienda Stipula di atto di donazione di azienda Stipula di atto di conferimento di azienda Procedura fallimentare Fusione di azienda Per causa morte altre cause

Subentrerà all'azienda (indicare i dati dell'attuale intestatario della farmacia)

DENOMINAZIONE _____

C.F. _____ P.I. _____

Sede legale _____

Precedente autorizzazione: decreto sindacale n. _____ del _____.

(Si rammenta che a norma dell'art. 2556 del codice civile i contratti di trasferimento di proprietà o gestione di un'azienda sono stipulati presso un notaio)

TRASFERIMENTO DI SEDE DI FARMACIA

TRASFERIMENTO DI SEDE DI FARMACIA
da Via/P.zza/Loc. _____ N. _____
a Via/P.zza/Loc. _____ N. _____
precedente autorizzazione/Decreto Sindacale prot. n. _____ del _____

ALTRE DICHIARAZIONI

POSSESSO DEI REQUISITI DI ONORABILITA' (in caso di Associazioni o altri organismi collettivi le dichiarazioni di possesso dei requisiti di onorabilità devono essere operate da tutti i soci (**COMPILARE ED ALLEGARE L'ALLEGATO "A" QUALE ALLEGATO OBBLIGATORIO**))
di essere in possesso dei requisiti di carattere morale necessari per l'esercizio dell'attività in questione (allega relativa dichiarazione resa ai sensi dell'art. 46 del d.p.r. 445/2000 e s.m.i.)
di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti per i titolari di farmacia, previsti dalla vigente normativa (allega dichiarazione "All.A", necessaria per tutti i soci, in caso di Società).

**QUADRO "A"
REQUISITI IGIENICO-SANITARI**

che il locale, oggetto della presente richiesta ove si intende avviare l'attività di Farmacia rispetta le norme igienico sanitarie vigenti.

CONSENSO DELL'ORGANO SANITARIO DI VIGILANZA ART. 65 DEL D.LGS 81/68

di essere in possesso del consenso dell'organo di vigilanza sanitaria ai sensi dell'art. 8 D.P.R. n. 303/56, convertito nell'art. 65 del D. Lgs. 81/08 per adibire i locali interrati a luogo di lavoro
ASL RMG: prot.n. _____ in data: __/__/____/

CONSENSO DELL'ORGANO SANITARIO DI VIGILANZA ART. 64 e del punto 1.2 allegato 4 del d.lgs. 81/08

di essere in possesso del consenso dell'organo di vigilanza sanitaria ai sensi dell'art. 8 D.P.R. n. 303/56, convertito nell'art. 64 e del punto 1.2 dell'Allegato 4 del D. Lgs. 81/08, per i locali di altezza non conforme.
ASL RMG: prot. n. _____ in data: __/__/____/

REGISTRAZIONE SETTORE ALIMENTARE

Che il locale ove si intende avviare l'attività di Farmacia, oggetto della presente richiesta, è stata presentata, all'Ufficio Commercio del Comune di Guidonia Montecelio, notifica sanitaria per registrazione settore alimentare, ai sensi del regolamento CE n° 852/04 (assunta al prot. n° _____ del _____), senza aver ricevuto comunicazioni interruttive, alla data odierna, dagli Enti/organi deputati al controllo (si allega copia fotostatica).

PREVENZIONE INCENDI (BARRARE LA CASELLA CHE INTERESSA)

che l'attività svolta non è soggetta alle norme sulla Prevenzione Incendi, di cui al D.P.R. 151/2011 (allega autocertificazione)
 se attività soggetta, di essere in possesso del Certificato di prevenzione incendi rilasciato dal Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco di _____ (ai sensi D.P.R. 151/2011)
in data: __/__/_____ valevole fino al: __/__/_____ per l'attività di: _____
 se attività soggetta di aver presentato SCIA al Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco di _____ (ai sensi del D.P.R. 151/2011)
protocollo n.: _____ del: __/__/_____ per l'attività di: _____

ASPETTI EDILIZI URBANISTICI

Il locale destinato all'avvio di attività di Farmacia ha destinazione d'uso:

Descrizione: _____

che la destinazione d'uso del locale è compatibile con l'avvio di attività farmacia che vi si intende esercitare;

l'immobile è stato regolarmente realizzato con concessione edilizia/permesso di costruire con: _____
n. _____ del: _/ _/ _____ ;

l'immobile è stato regolarizzato in virtù di concessione edilizia in sanatoria ad uso: _____
concessione edilizia in sanatoria n.: _____ del: _/ _/ _____ ;

domanda di rilascio del certificato di agibilità, corredata dalla documentazione alla stessa allegata con
acclusa dichiarazione di parte dell'avvenuta formazione del silenzio-assenso ai sensi e per gli effetti dell'art.
25 D.P.R. n. 380/01; prot. n. _____ del: _/ _/ _____ ;

certificato abitabilità/agibilità n. _____ : Anno: _____

Con destinazione di uso _____ ;

il locale è idoneo e compatibile all'uso, mantenendo invariati i sovraccarichi, non aggravando la
staticità dell'immobile rispetto all'attività che si intende esercitare
destinazione d'uso: _____

descrizione attività: _____

lo stato dei luoghi e l'attuale destinazione d'uso sono conformi al certificato di agibilità di cui sopra;

l'attività di Farmacia, oggetto della presente richiesta, esercitata nel locale sopra citato, non è in contrasto con
il regolamento edilizio vigente;

l'attività di farmacia per erogare il servizio di _____, oggetto della presente richiesta, _____, esercitata nel locale sopra
citato, non reca pregiudizio alla staticità dell'immobile;

altro (produrre documentazione a supporto delle dichiarazioni rese, afferente gli aspetti urbanistici di
cui sopra, accompagnata da relazione asseverata del tecnico abilitato).

CONFORMITA' IMPIANTI

che tutti gli impianti installati nel locale sono conformi a quanto previsto dal D.M. 22 gennaio 2008, n.37

sono rispettate le norme in materia di prevenzione e sicurezza dei luoghi di lavoro

ABBATTIMENTO DELLE BARRIERE ARCHITETTONICHE

Che l'immobile ove si intende avviare l'attività di Farmacia, oggetto della presente richiesta, rispetta le norme in materia
di abbattimento delle barriere architettoniche, in quanto il locale è situato in edificio accessibile, dunque privo di barriere
architettoniche sia interne che esterne.

TARIFFA RIFIUTI

DI AVER PRESENTATO AL Comune di Guidonia Montecelio, la comunicazione di iscrizione alla Tari
(allegare copia protocollata, se inoltrata via fax, allegare copia dello stesso e la ricevuta di avvenuta trasmissione)
prot. n. _____ del: _/ _/ _____

AUTORIZZAZIONE PER LO SCARICO

che le acque reflue originarie hanno caratteristiche qualitative assimilabili alle acque reflue domestiche
(competenza dell'Area LL.PP. del Comune di Guidonia Montecelio ovvero della Provincia di Roma) e di
essere in possesso della prescritta autorizzazione allo scarico prot. n. del: _/ _/ _____ rilasciata
da _____

ASSEVERAZIONE DEL TECNICO ABILITATO RELATIVA AGLI ASPETTI EDILIZI - URBANISTICI

si allega asseverazione ed elaborato tecnico del Tecnico Abilitato, da cui emerge che lo stato dei luoghi del
locale in cui si darà avvio all'attività oggetto della presente richiesta è conforme ai titoli edilizio - urbanistici in
possesso.

Che, pertanto, il locale, possiede tutti i presupposti e requisiti, sia oggettivi che soggettivi, normativamente
previsti per svolgere l'attività di farmacia.

RECAPITO COMUNICAZIONI

indicazione del recapito ove si desiderano ricevere le comunicazioni relative alla procedura, se diverso da residenza o sede legale, con obbligo di comunicare eventuali variazioni

Comune: _____ Prov. (_____) Cap _____:

Via/ piazza/largo _____

Recapiti Telefono: _____ Cellulare: _____

Email: _____

Indirizzo PEC _____

ALLEGATI ~

n. 3 planimetrie, in copia originale, del locale, ovvero in scala 1:50 1:100, con specificazione e destinazione dei singoli ambienti, della sistemazione interna degli accessori e degli arredi, redatte e firmate di un tecnico iscritto all'Albo (le planimetrie devono essere corredate dei seguenti dati: sezione dei locali con le relative altezze; destinazione d'uso di ogni singolo locale; superficie di ogni locale, tabella di calcolo delle superfici aeroilluminanti con dichiarazione di rispetto della vigente normativa in materia. Se nei locali vi sono impianti per la ventilazione / aerazione artificiale questi devono essere rappresentati in planimetria, indicando schematicamente il posizionamento delle bocchette di immissione e di estrazione, i percorsi delle canalizzazioni, i punti di presa dell'aria esterna e i punti di espulsione dell'aria. In presenza di impianti di aerazione dovrà essere redatta una relazione tecnica, firmata e timbrata da un professionista abilitato iscritto al relativo albo;

copia fotostatica documento identità in corso di validità del dichiarante;

copia fotostatica del permesso o della carta di soggiorno (solo per cittadini extracomunitari);

copia fotostatica del decreto regionale di nomina del titolare di nuova farmacia;

ricevuta attestante l'avvenuto versamento della tassa di concessione regionale nella misura stabilita dalla vigente normativa regionale;

asseverazione ed elaborato tecnico del Tecnico Abilitato relativi per gli aspetti edilizi - urbanistici, nonché di carattere igienico sanitario ed all'abbattimento delle barriere architettoniche e rispetto delle distanze da altra sede farmaceutica (con i contenuti di cui al Fac-simile allegato alla presente);

Allegato "A" per dichiarazione di possesso dei requisiti morali e personali;

certificati di conformità degli impianti: idrici; elettrici e del gas;

copia atto comprovante la disponibilità del locale redatto nelle forme di legge;

copia fotostatica della dichiarazione ai fini TARI, corredata di protocollo;

copia notifica (resa ai sensi del regolamento CE 852/2004), con protocollo di presentazione al Comune di Guidonia Montecelio - Ufficio commercio;

copia atto trasferimento di azienda redatto nelle forme di legge (nel caso di subentro)

decreto Sindacale in originale (in caso di subentro e di trasferimento di sede)

copia verbale Commissione Ispettiva farmaceutica (per nuova attività e trasferimento di sede)

Altro (specificare)

Il _____

Firma
(Il Dichiarante)

Città di Guidonia Montecelio

AREA VIII Servizi alla Persona

Sede centrale: P.zza Matteotti, n. 20 - 00012 Guidonia Montecelio (RM)

Sede Uffici Area VIII: Via Numa Pompilio, n. 37/39- 00012 Guidonia Montecelio (RM)

P.E.C.:servizi.sociali@pec.guidonia.org

RELAZIONE TECNICA ASSEVERATA

Il sottoscritto _____ nato a _____
prov. di _____, il _____ Codice fiscale/Partita Iva _____
residente in _____ Via/Piazza/Largo _____
n. con studio in _____ Via/Piazza/Largo _____
n. _____ cap. _____ Tel. _____ E-mail _____
iscritto all'Albo/Ordine _____ al n. _____ in qualità di tecnico
abilitato incaricato dal Sig. _____ titolare di _____
o rappresentante legale di _____ P.Iva _____
al fine di rendere l'attestazione di conformità allo stato di fatto dei dati catastali e delle planimetrie dell'unità
immobiliare sita in Guidonia Montecelio
località _____ Via/Piazza/Largo _____ n. _____
consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000 per le ipotesi in atti e
dichiarazioni mendaci, sotto la sua personale responsabilità

ASSEVERA

-Che il locale sito in Guidonia Montecelio, località _____ Via/Piazza/Largo _____
n. _____, piano _____ interno _____ di proprietà del Sig. _____
nato a _____ il _____ identificato presso il
Catasto dei Fabbricati del Comune di Guidonia Montecelio con l'identificativo foglio _____
Particella _____, subalterno _____ sezione _____ ha destinazione d'uso con
categoria catastale _____;
- Il fabbricato, di cui è parte l'immobile in oggetto, è stato costruito con licenza/concessione edilizia o
permesso di costruire n. _____ del _____;
- Inoltre, su esso non sono presenti domande di condono in atto (da verificare di caso in caso);
- Oppure su esso sono state presentate domande di condono edilizio presso l'Amministrazione Comunale
con prot n. del ___/___/___ e sono state rilasciate le relative concessioni edilizie sanatorie con
provvedimento n. _____ del _____;
-L'immobile è stato oggetto di presentazione di DIA, presentate nel corso degli anni, con prot.
n. _____ del _____;
- Che lo stato dei luoghi e la destinazione d'uso attuale del locale, come riportato nei grafici del progetto sito
in Guidonia Montecelio in Via/Piazza/Largo _____ n. _____, Piano
_____, interno _____ è conforme al/i titolo/i edilizio/i nell'anno _____, sopra riportato/i;
-Che l'attività di FARMACIA che dovrà essere intrapresa nel locale sito in Guidonia Montecelio,
Via/Piazza/Largo _____, n. _____ oggetto della presente è conforme al
certificato di agibilità n. _____ del ___/___/___, con destinazione di uso

-Che l'attività di FARMACIA che dovrà essere intrapresa nel locale sito in Guidonia Montecelio,
Via/Piazza/Largo _____, n. _____ oggetto della presente non è
in contrasto con il regolamento edilizio vigente;
-Che l'attività di FARMACIA che dovrà essere intrapresa nel locale sito in Guidonia Montecelio,
Via/Piazza/Largo _____, n. _____ oggetto della presente non crea
pregiudizio alla staticità dell'immobile;
-Che il locale ove si intende esercitare l'attività di FARMACIA, oggetto della presente richiesta, rispetta le
norme in materia di abbattimento delle barriere architettoniche, in quanto la struttura è situata in edificio
accessibile, dunque privo di barriere architettoniche sia interne che esterne;
-Che l'immobile ove si intende esercitare di FARMACIA oggetto della presente richiesta, rispetta le vigenti
normative in materia igienico- sanitaria;
- Che il locale, sito in Guidonia Montecelio, Via/Piazza/Largo _____, n. _____,
ove si intende attivare l'attività di FARMACIA è ubicato nella sede prevista nella pianta organica approvata
dal Comune di Guidonia Montecelio e distante non meno di 200 metri dalla più vicina farmacia, con
misurazione da soglia a soglia per la via pedonale più breve.

li _____

**-Inoltre, allega elaborato grafico rappresentante la planimetria in scala 1:50 ovvero 1:100 dell'immobile in
oggetto con l'indicazione dei dati catastali dei dati catastali e debitamente quotata.**

Firma del tecnico

Città di Guidonia Montecelio

AREA VIII Servizi alla Persona

Sede centrale: P.zza Matteotti, n. 20 - 00012 Guidonia Montecelio (RM)

Sede Uffici Area VIII: Via Numa Pompilio, n. 37/39 - 00012 Guidonia Montecelio (RM)

P.E.C.servizi.sociali@pec.guidonia.org

DICHIARAZIONE AI FINI DELLA PREVENZIONE INCENDI

Dichiarazione resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

IL SOTTOSCRITTO

Cognome _____ Nome _____

C.F. 1_1

Data di nascita ____/____/____/ Cittadinanza _____ Sesso: M F

Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____ Comune _____

Residenza: Provincia _____ Comune _____

Via, Piazza, ecc. _____ N. _____ C.A.P. _____

in qualità di:

legale rappresentante della Società

C.F. 1_1

Partita IVA (se diversa da C.F.) 1_1

Denominazione o ragione sociale _____

con sede nel Comune di _____ Provincia _____

Via, Piazza, ecc. _____ N. _____ C.A.P. _____

Tel. _____

Recapiti telefonici

Tel. _____ cell. _____ fax. _____

Ai sensi dell'art. 47 del d.p.r. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali, derivanti da false dichiarazioni, dalle falsità negli atti e dell'uso di atti falsi, previste dall'art. 76 del citato d.p.r. 445/2000;

In relazione all'attività di _____
sita in Guidonia Montecelio, Via/Piazza/Largo _____ n. _____

DICHIARA

che l'attività di cui sopra rispetta le norme tecniche vigenti in materia di prevenzione incendi, specifiche per tale tipologia di attività, benché non soggetta agli adempimenti di cui al d.p.r. 151/2011, nonché le norme tecniche in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro di cui al d.lgs. 81/2008 e s.m.i.

Dichiara, inoltre, sotto la propria responsabilità che nello svolgimento dell'attività di che trattasi verranno osservate le norme tecniche in materia di prevenzione incendi e sicurezza nei luoghi di lavoro.

_____ li _____

Firma _____

Allega copia fotostatica di documento di riconoscimento in corso di validità

Si informa, ai sensi dell'art. d. lgs. 196/2003, che i suoi dati, qui raccolti, saranno trattati ai fini delle eventuali verifiche, poste in essere presso gli Uffici/Enti competenti, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese.

La 5. V. potrà rivolgersi al Comune di Guidonia Montecelio per integrare/modificare i dati e per conoscere i responsabili del loro trattamento.

Città di Guidonia Montecelio

AREA VIII Servizi alla Persona

Sede centrale: P.zza Matteotti, n. 20 - 00012 Guidonia Montecelio(RM)

Sede Uffici Area VIII: Via Numa Pompilio, n. 39 - 00012 Guidonia Montecelio (RM)

P.E.C. servizi.sociali@pec.guidonia.org

<p>DICHIARAZIONE DI POSSESSO DEI REQUISITI DI ONORABILITA' E PERSONALI PER L'ESERCIZIO DI FARMACIA TITOLARE E TUTTI SOCI</p>

Dichiarazione resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

IL SOTTOSCRITTO

Cognome. _____ Nome _____

C.F. 1

Data di nascita __/__/__ Cittadinanza _____ Sesso: M F

Luogo di nascita: _____ Stato_____ Provincia__ Comune_____

Residenza: _____ Provincia _____

Via, Piazza, ecc. _____ n. _____

Comune _____ C.A.P. _____

in qualità di/della _____

C.F. 1

Partita IVA (se diversa da C.F.) 1

Denominazione o ragione sociale _____

con sede nel Comune di _____ Provincia _____

Via, Piazza, ecc. _____ N. _____ C.A.P. _____

Tel. _____

Recapiti telefonici

Tel. _____ cell. _____ fax. _____

Ai sensi dell'art. 46 del d.p.r. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali, derivanti da false dichiarazioni, dalle

falsità negli atti e dell'uso di atti falsi, previste dall'art. 76 del citato d.p.r. 445/2000;

In relazione all'attività di _____

sita in Guidonia Montecelio, Via/Piazza/Largo _____ n. _____

DICHIARA

Barrare le caselle

di essere in possesso dei requisiti di onorabilità per l'esercizio dell'attività di Farmacia;

di essere in possesso dei requisiti di cui al d.lgs 159/2011 (antimafia);

di essere iscritto al n. _____ del _____ dell'Ordine dei Farmacisti di _____;

di non essere titolare di altra sede Farmaceutica;

di non ricoprire posti di ruolo nell'Amministrazione dello Stato, compresi quelli di assistente e titolare di cattedra universitaria, di Enti Locali o comunque pubblici, e di non esercitare la professione di propagandista di prodotti medicinali;

di non esercitare altre arti o professioni sanitarie.

Firma _____

Allega copia fotostatica di documento di riconoscimento in corso di validità

Si informa, ai sensi dell'art. d./gs. 196/2003, che i suoi dati, qui raccolti, saranno trattati ai fini delle eventuali verifiche, poste in essere presso gli Uffici/Enti competenti, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese.

La S. V. potrà rivolgersi al Comune di Guidonia Montecelio per integrare/modificare i dati e per conoscere i responsabili del loro trattamento.

All. "A"

Città di Guidonia Montecelio

AREA VIII Servizi alla Persona

Sede centrale: P.zza Matteotti, n. 20 - 00012 Guidonia Montecelio(RM)

Sede Uffici Area VIII: Via Numa Pompilio, n. 39 - 00012 Guidonia Montecelio (RM)

P.E.C. servizi.sociali@pec.guidonia.org

DICHIARAZIONE DI POSSESSO DEI REQUISITI DI ONORABILITA' E PERSONALI PER L'ESERCIZIO DI FARMACIA TITOLARE E TUTTI SOCI
--

Dichiarazione resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

IL SOTTOSCRITTO

Cognome. _____ Nome _____

C.F. 1

Data di nascita ___/___/___ _ Cittadinanza _____ Sesso: M F

Luogo di nascita: _____ Stato _____ Provincia ___ Comune _____

Residenza: _____ Provincia _____

Via, Piazza, ecc. _____ n. _____

Comune _____ C.A.P. _____

in qualità di/della _____

C.F. 1

Partita IVA (se diversa da C.F.) 1

Denominazione o ragione sociale _____

con sede nel Comune di _____ Provincia _____

Via, Piazza, ecc. _____ N. _____ C.A.P. _____

Tel. _____

Recapiti telefonici

Tel. _____ cell. _____ fax. _____

Ai sensi dell'art. 46 del d.p.r. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali, derivanti da false dichiarazioni, dalle

falsità negli atti e dell'uso di atti falsi, previste dall'art. 76 del citato d.p.r. 445/2000;

In relazione all'attività di _____

sita in Guidonia Montecelio, Via/Piazza/Largo _____ n. _____

DICHIARA

Barrare le caselle

di essere in possesso dei requisiti di onorabilità per l'esercizio dell'attività di Farmacia;

di essere in possesso dei requisiti di cui al d.lgs 159/2011 (antimafia);

di essere iscritto al n. _____ del _____ dell'Ordine dei Farmacisti di _____;

di non essere titolare di altra sede Farmaceutica;

di non ricoprire posti di ruolo nell'Amministrazione dello Stato, compresi quelli di assistente e titolare di cattedra universitaria, di Enti Locali o comunque pubblici, e di non esercitare la professione di propagandista di prodotti medicinali;

di non esercitare altre arti o professioni sanitarie.

Firma _____

Allega copia fotostatica di documento di riconoscimento in corso di validità

Si informa, ai sensi dell'art. d. /gs. 196/2003, che i suoi dati, qui raccolti, saranno trattati ai fini delle eventuali verifiche, poste in essere presso gli Uffici/Enti competenti, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese.

La S. V. potrà rivolgersi al Comune di Guidonia Montecelio per integrare/modificare i dati e per conoscere i responsabili del loro trattamento.