

**MODELLO DOMANDA TRASFERIMENTO TITOLARITA' DI SEDE FARMACEUTICA**  
**(in bollo da € 16,00)**

Al Dipartimento per la Salute e il Welfare  
Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale –Innovazione  
e Appropriatezza  
Ufficio Rete Regionale Assistenza Farmaceutica  
Via Conte di Ruvo, 74  
65127 PESCARA

Oggetto: istanza di trasferimento titolarità sede farmaceutica nr..... del Comune di .....

Con la presente il/la sottoscritto/a dr./dr.ssa ..... nato/a a ..... residente in ..... Codice Fiscale .....

**CHIEDE**

L'autorizzazione al trasferimento della titolarità della sede farmaceutica nr... ..del Comune di ....., corrente alla via ..... nr....., già in titolarità al/alla dr./dr.ssa ..... , giusta Delibera di Giunta Regionale nr..... del ...../Ordinanza/Determina Dirigenziale nr..... del ....., in capo a se medesimo.

A tal fine allega la seguente documentazione prodromica al rilascio della autorizzazione regionale:

1. certificato contestuale di nascita e residenza, ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione del titolare e direttore incaricato ;
2. certificato di godimento dei diritti politici, ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione del titolare e direttore incaricato;
1. originale del diploma di laurea, ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione del titolare /direttore (laurea.....conseguita presso..... in data .....
3. certificato di abilitazione all'esercizio della professione, ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione del titolare/direttore (di essere abilitato presso l'Università di .....nell'anno.....);
4. certificato attestante la sussistenza dei requisiti di cui all'art.12 L.475/1968 – idoneità all'esercizio della professione acquisita per compiuta pratica o per concorso – ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione dei soci/direttore: idoneità all'esercizio della professione acquisita per compiuta pratica- indicare il periodo di servizio (dal ... al...) fino a compimento dei due anni e la sede farmaceutica/ le sedi farmaceutiche presso la/le quale/li è stato prestato il relativo servizio professionale; ovvero per concorso-indicare gli estremi del provvedimento (delibera/determinazione, data e numero) e l'Ente che ha rilasciato il provvedimento;
5. certificato di iscrizione all'Ordine dei Farmacisti della Provincia; ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione del titolare/direttore (di essere iscritto all'Albo dei farmacisti della Provincia di .....dal.....con il numero.....);
6. dichiarazione sostitutiva di certificazione del titolare di non aver subito condanne penali e l'assenza di carichi pendenti del titolare/direttore( di non aver subito condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso);
7. certificato antimafia ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione del titolare/direttore attestante l'inesistenza di cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 67 del D.Lgs. 06.09.2011, n. 159 e s.m.i.(di non incorrere nelle cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 67 del D.Lgs. 06.09.2011, n. 159 e s.m.i.);
8. dichiarazione del titolare di controllare/non controllare direttamente o indirettamente più del 20% per cento delle farmacie esistenti nel territorio della Regione Abruzzo
9. dichiarazione del precedente titolare del rispetto delle disposizioni di cui al comma 8 dell'art.7 L.362/1991;

10. dichiarazione di insussistenza delle cause di incompatibilità di cui all'art.13 L.475/1968 e agli artt. 7 e 8 L.362/1991 dei soci;
11. dichiarazione di insussistenza delle cause di incompatibilità di cui all'art.13 L.475/1968 e all'art. 7 L.362/1991 del direttore;
12. attestazione di avvenuto versamento delle Tasse di Concessione di cui al D.Lgs. n.230 del 02.06.1991 ;
13. rogito notarile attestante il trasferimento della farmacia e della azienda ad essa connessa;
14. rogito notarile attestante la costituzione della società;
15. indirizzo pec del farmacista.

Si allega, inoltre, marca da bollo da € 16,00 da apporre sul provvedimento amministrativo richiesto, ai sensi e per gli effetti del D.M.20.08.1992 – G.U. 21.08.1992, n.196 S.O. - .

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

N.B. Indicare luogo, data di conseguimento e numero iscrizione dei titoli.

Il Farmacista richiedente

**N.-B. la presente modulistica è valida per le autorizzazioni volte al conferimento titolarità per trasferimento a seguito di compravendita, successione, donazione.**