

**MODELLO DOMANDA TRASFERIMENTO TITOLARITA' DI SEDE FARMACEUTICA**

(in bollo da € 16,00)

Alla Direzione Sanità  
Servizio Assistenza Distrettuale-  
Assistenza Farmaceutica  
Ufficio Farmacie Convenzionate  
Via Conte di Ruvo, 74  
65121 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. dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante data, luogo di nascita e residenza ;
2. dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante il godimento dei diritti politici ;
3. dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante il possesso del diploma di laurea ;
4. dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante abilitazione all'esercizio della professione;
5. dichiarazione sostitutiva di certificazione 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;
6. dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante l'iscrizione all'Ordine dei Farmacisti della Provincia ove è corrente la sede farmaceutica, completo di data e numero di iscrizione;
7. dichiarazione sostitutiva di certificazione recante l'assenza di procedimenti penali e l'assenza di carichi pendenti;
8. dichiarazione sostitutiva di certificazione antimafia;
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 agli artt.13 L.475/1968 e 8 L.362/1991;
11. attestazione di avvenuto versamento delle Tasse di Concessione di cui al D.Lgs. n.230 del 02.06.1991 ;
12. copia conforme all'originale del rogito notarile attestante il trasferimento della farmacia e della azienda ad essa connessa.

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, \_\_\_\_\_

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.

---