

- che **non sono previste opere edili**, pertanto, relativamente ai requisiti di agibilità e conformità edilizia, i locali sono utilizzabili in quanto il CERTIFICATO di CONFORMITA' EDILIZIA e di AGIBILITA' è stato ottenuto con prot. _____ in data. _____;

-che **sono previste opere edili** per le quali sono state presentate le seguenti pratiche edilizie (specificare): _____ in data _____ con prot. _____, e saranno effettuati gli adempimenti documentali edilizi conclusivi, se necessari, prima del rilascio dell'autorizzazione all'apertura della farmacia, in quanto atti presupposti al rilascio della stessa;

- che ai fini della gestione della farmacia e nel rispetto di quanto stabilito all'art. 11 comma 7 del DL 1/2012 è stata costituita la società _____, P.Iva _____ N. Iscrizione CCIAA _____ e che nei confronti della società non sussistono cause di divieto, sospensione o decadenza previste dall'art. 67 del D. Lgs. 6/9/2011 n. 159 (Codice antimafia);

- di individuare quale Direttore della farmacia (indicare Cognome e Nome del co-titolare scelto) _____ ;

- di aver assolto all'imposta di bollo mediante:

- contrassegno telematico (marca da bollo), numero _____ emesso in data _____;
- F23, pagato in data _____ (ricevuta di pagamento allegata alla presente)

- di presentare (o avere presentato) la segnalazione certificata di inizio attività (SCIA) agli uffici competenti

- di avere preso visione dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Generale protezione dati 2016/679 *sul sito*: <https://www.comune.modena.it/welfare/privacy>

ALLEGANO

A) planimetria dei locali di farmacia;

B) dichiarazioni sostitutive di certificazioni e sostitutive di atto notorio, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28-12-2000 N. 445 sottoscritte da ognuno dei co-assegnatari, redatte secondo il modulo appositamente predisposto (un modulo compilato e sottoscritto per ciascun co-assegnatario);

C) copia della dichiarazione di accettazione della sede conforme al modulo riportato all'Allegato D della determinazione regionale n° _____ del _____, con prova dell'avvenuta trasmissione della dichiarazione stessa al Servizio Assistenza Territoriale della Regione Emilia-Romagna;

D) copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del/i sottoscrittore/i.

Data.....

Firma

Firma

Firma

Firma

Firma

ALLEGATO 1

alla domanda di autorizzazione all'apertura di farmacia a seguito di assegnazione mediante concorso della Regione Emilia-Romagna indetto con determinazione n. 60 del 08/01/2013 del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il _____
con residenza anagrafica nel Comune di _____ (____)
in Via _____ n. _____ Cap _____
con riferimento riferimento all'Atto Regionale n. _____ del _____ di
assegnazione della sede farmaceutica n. _____ del Comune di _____
_____ ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e
consapevole delle conseguenze e delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del suddetto
D.P.R. in caso di dichiarazioni false o comunque non corrispondenti al vero, sotto la propria
responsabilità

DICHIARA

- A) di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa ovvero di avere riportato condanne penali per le seguenti fattispecie di reato _____
_____;
- B) di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali, ovvero di avere i seguenti procedimenti penali in corso _____;
- C) nei propri confronti non sussistono cause di divieto, sospensione o decadenza previste dall'art. 67 del D.lgs. 6/9/2011 n. 159 (Codice antimafia);
- D) di essere iscritto all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di _____
al n. _____;
- E) di non espletare alcuna attività nel settore della produzione e informazione scientifica del

farmaco; di non essere titolare, gestore provvisorio, direttore o collaboratore di altra farmacia; di non essere socio di società titolare di farmacia; di non ricoprire posti di ruolo nella amministrazione dello Stato, compresi quelli di assistente e titolare di cattedra universitaria, e di enti locali o comunque pubblici; di non avere rapporti di dipendenza nel privato impiego;

F) in caso di incompatibilità di cui al precedente punto D) di aver rinunciato all'impiego di

_____ tramite lettera di dimissioni di cui allega copia;

G) di non aver ceduto la propria farmacia negli ultimi 10 anni.

Luogo e data _____

Firma*

* Ai sensi dell'art 38 del D.P.R. 445/2000, le istanze e le dichiarazioni sostitutive di certificazione e quelle sostitutive di atto notorio, da produrre agli organi della amministrazione pubblica, sono sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del/i sottoscrittore/i della domanda.