

Guidizzolo (MN), 14/6/2024



Spett.le

Servizio Farmaceutico
ATS della VAL PADANA
Via dei Toscani, 1
46100 Mantova

OGGETTO: Domanda per riconoscimento titolarità e autorizzazione all'apertura ed esercizio di Farmacia a seguito della revisione della pianta organica delle farmacie. Riassorbimento della sede n. 2 in base al criterio demografico.

Il sottoscritto Stefano Meneghelli Sindaco pro-tempore del Comune di Guidizzolo (MN) nato a Castiglione delle Stiviere (MN) il 27/8/1972 – CF: MNGSFN72M27C312F residente a Guidizzolo (MN) in via Goito n. 34

CHIEDE

l'autorizzazione all'apertura e all'esercizio di farmacia comunale urbana denominata "FARMACIA COMUNALE - AZIENDA SPECIALE GUIDIZZOLO SERVIZI" sita in Guidizzolo (MN) (nr abitanti 5957 al 1/1/2022), in via Marconi n. 1, la cui gestione è affidata, mediante contratto di servizio, alla società AZIENDA SPECIALE GUIDIZZOLO SERVIZI - C.F./P.IVA 02680140205

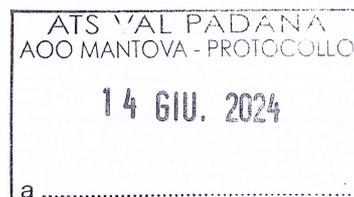
Dati del Rappresentante Legale della Società/Titolare:

Il sottoscritto ALESSANDRO AMISTA
Nato a Desenzano del Garda (BS) il 10/8/1972
CF: MSTLSN72M10D284U
Residente a Guidizzolo (MN) in via Strada della Pietrosa n. 3
Professione: Libero Professionista
legale rappresentante e amministratore unico della società "AZIENDA SPECIALE GUIDIZZOLO SERVIZI"
a cui afferisce la Farmacia Comunale di Guidizzolo
codice identificativo regionale MN0336

Dati relativi alla Società:

sede legale: Guidizzolo (MN) - via Marconi n. 1
sede operativa: Guidizzolo (MN) – via Solferino n. 84
P.IVA: 02680140205
C.F.: 02680140205
telefono: 0376.1620741
cellulare: 347.6454773
pec: guidizzoloservizi@legalmail.it
email: amministrazione@guidizzoloservizi.it

ATS Val Padana C.IPA:astvp
UFFICIO PROTOCOLLO E GESTIONE
n. 0052217/24 del 14/06/2024
Classificazione: 2.9.04
A00:atsvp-ao C.R.Prot:RP03



Dati relativi ai soci della società

Nome e Cognome: _____
Nato/a a _____ Prov. _____ il _____ CF: _____
Residente a: _____ Via _____ nr. _____
Professione: _____

Nome e Cognome: _____
Nato/a a _____ Prov. _____ il _____ CF: _____
Residente a: _____ Via _____ nr. _____
Professione: _____

Nome e Cognome: _____
Nato/a a _____ Prov. _____ il _____ CF: _____
Residente a: _____ Via _____ nr. _____
Professione: _____

COMUNICA CHE:

La direzione tecnica della farmacia è affidata a MARCO FILIPPETTI
nato a Montichiari (BS) il 4/9/1970 CF: FLPMRC70P04F471V
Residente a Montichiari (BS) in via Roma n. 27
iscritto all' Albo dei Farmacisti della provincia di Brescia al numero 1994

Il direttore tecnico dichiara di essere in possesso di tutti i requisiti di legge previsti e dichiara di assumersi tutte le responsabilità inerenti l'incarico, come da allegati alla presente, firmati e datati, comprensivi di copia del Codice Fiscale e del Documento d'identità.

A tal fine si allega la seguente documentazione:

- Copia autentica dell'atto costitutivo della società;
- Perizia tecnica asseverata da giuramento ai sensi di legge relativa alla collocazione della farmacia;
- Copia dell'offerta di prelazione al Comune;
- Copia della deliberazione del Consiglio Comunale riguardante il diritto di prelazione;
- Copia del contratto di servizio tra Comune e società;
- Certificato di iscrizione alla Camera di Commercio Industria Artigianato e Agricoltura (visura camerale);
- Dichiarazione dell'orario previsto di apertura (**modulo 18**);
- Planimetria dei locali datata e prodotta digitalmente da tecnico abilitato, in scala 1:100 con indicati i rapporti aereo-illuminanti, le destinazioni d'uso dei singoli locali, le sezioni, le vie di fuga e l'accessibilità ai portatori di handicap e una copia cartacea datata e firmata dal tecnico abilitato;
- Ricevuta di versamento della tassa di concessione nella misura della vigente Legge Regionale (L.R. 10/2003) da effettuare, entro e non oltre la data di rilascio dell'atto di concessione/autorizzazione o della licenza, accedendo al Portale dei pagamenti di Regione Lombardia (<https://pagamentinlombardia.servizirl.it/pa/home.html>), indicando come causale "Tassa di rilascio concessione - denominazione e indirizzo della farmacia" - solo se dovuta;
- Richiesta vidimazione registro stupefacenti (**modulo1**);

- Modulo modifica ragione sociale e dati bancari (**modulo2**);
- Nr. 1 marca da bollo di 16,00 euro.

Per ciascun socio non farmacista, ove presente:

- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio di assenza di situazioni di incompatibilità (**modulo3**);
- Autocertificazione antimafia (**modulo5**)
- Dichiarazione sostitutiva casellario giudiziale (**modulo6**)
- Copia documento d'identità valido e codice fiscale;

Per ciascun socio farmacista, ove presente:

- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio di assenza di situazioni di incompatibilità (**modulo3bis**);
- Autocertificazione antimafia (**modulo5**)
- Dichiarazione sostitutiva casellario giudiziale (**modulo6**)
- Copia documento d'identità valido e codice fiscale;

Per ciascun socio società, ove presente:

- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio di assenza di situazioni di incompatibilità (**modulo3ter**);
- Autocertificazione antimafia (**modulo5**)
- Dichiarazione sostitutiva casellario giudiziale (**modulo6**)
- Copia documento d'identità valido e codice fiscale;

Per il direttore tecnico:

- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio di assenza di situazioni di incompatibilità (**modulo3bis**);
- Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione relativa ai requisiti richiesti per l'esercizio della farmacia (**modulo4**);
- Autocertificazione antimafia (**modulo5**)
- Dichiarazione sostitutiva casellario giudiziale (**modulo6**)
- Copia documento d'identità valido e codice fiscale;

Il direttore, al fine di consentire a codesto Servizio l'espletamento dell'istruttoria necessaria al rilascio dell'autorizzazione all'apertura della farmacia, si impegna a trasmettere la comunicazione di

disponibilità dei locali per l'ispezione preventiva, come previsto dal **modulo 19** comprensiva degli allegati previsti nel modulo stesso.

Per presa visione e conferma:

Il legale rappresentante della società
(fimbrio società)


.....
(firma)

Il Sindaco Pro-Tempore


.....
(firma)

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle procedure da adottare per la gestione del SISS, relativamente alle incombenze verso il provider e il relativo nuovo contratto e tutto ciò che comporta l'attivazione delle carte (direttore tecnico ed eventuali collaboratori) e si impegna a inoltrare, nel minor tempo possibile, all'ATS della Val Padana, tramite email all'indirizzo farmaceutico@ats-valpadana.it, il contratto e i moduli A e B debitamente compilati.

Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati all'Agenda di Tutela della Salute della Val Padana saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenda di Tutela della Salute della Val Padana. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo www.ats-valpadana.it. Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dall'ente è reperibile presso la sede dell'Agenda di Tutela della Salute della Valpadana, può essere contattato utilizzando i recapiti istituzionali dell'ente (protocollo@pec.ats-valpadana.it) indicati sul sito web www.ats-valpadana.it ed è il seguente soggetto:

DPO	P. IVA	Via/Piazza	CAP	Comune	Rappresentante del DPO
LTA S.R.L.	14243311009	Via della Conciliazione, 10	00193	Roma	RECUPERO LUIGI

Firmato il legale rappresentante/titolare/direttore tecnico (barrare la casistica non opportuna)

