



MARCA DA
BOLLO
Tariffa in vigore

Spett.le
ATS di BRESCIA
Servizio Farmaceutico
Viale Duca degli Abruzzi, 15
Brescia
protocollo@pec.ats-brescia.it

OGGETTO : Domanda di sostituzione Persona Responsabile magazzino distribuzione all'ingrosso/deposito di medicinali per uso umano ai sensi dell'art. 100 -101 D.L.vo n ° 219/06 e ss.mm.ii.

Il/La sottoscritto/a

Cognome	Nome

Nato/a a		Prov.	In data:	
Residente a			Prov.	
Via/Piazza				Nr.
Codice Fiscale				

recapito telefonico	
indirizzo di posta elettronica	
indirizzo di posta elettronica certificata	

In qualità di Legale Rappresentante della Ditta di seguito indicata:

Ragione Sociale/ Denominazione	
Indirizzo	
Comune	
Indirizzo sede legale	
Codice Fiscale	
Partita IVA	
Iscritta presso la CCIAA	
n. iscrizione	
n. REA	



consapevole di quanto disposto dalla normativa vigente in materia,

CHIEDE

per la suddetta ditta già nell'esercizio dell'attività in qualità di _____

come da provvedimento n. _____

rilasciato da _____

in data _____

di preporre alla direzione tecnica come Persona Responsabile presso il proprio magazzino ubicato in :

Comune															
Via/Piazza															Nr.

in sostituzione del Dr./ Dr.ssa:

Cognome										Nome									
Codice Fiscale																			

In qualità di Persona Responsabile dell'attività soggetta ad autorizzazione il/la Dott./Dott.ssa :

Cognome										Nome											
Nato/a a											Prov.	In data:									
Residente a											Prov.										
Via/Piazza															Nr.						
Codice Fiscale																					

che è in possesso dei requisiti di cui all'art. 101 Dlgs n. 219/2006 e ss.mm.ii.

che svolgerà la propria attività a carattere continuativo presso il magazzino ubicato in :

Comune															
Via/Piazza															Nr.

con orario compatibile con le necessità derivanti dalle dimensioni dell'attività di distribuzione espletata :

(indicare orario settimanale)



Si allega la seguente documentazione:

- dichiarazione sostitutiva di atto notorio relativa all'accettazione dell'incarico (*modulo 1*);
- dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa al certificato penale (*modulo 2*);
- dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa al certificato di laurea ed iscrizione all'Ordine (*modulo 3*);
- dichiarazione sostitutiva di certificazione antimafia (*modulo 4*)
- marca da bollo da € 16.00 (o tariffa vigente) per il rilascio della copia conforme della Determinazione di autorizzazione;
- copia del documento di identità in corso di validità del Legale Rappresentante della Ditta/Società e codice fiscale;
- copia del documento di identità in corso di validità della Persona Responsabile.

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza di dipendente addetto, ovvero inviata a mezzo raccomandata a.r., ovvero sottoscritta e inviata all'ufficio competente tramite PEC, unitamente a copia non autentica di documento d'identità del dichiarante nei casi previsti.

Informativa ai sensi del D.Lgs 196/2003 e del Regolamento Europeo Privacy UE/2016/679 /GDPR):

- i dati forniti verranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla procedura per cui sono raccolti;
- il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;
- il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura;
- titolare del trattamento è l'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia;
- responsabile del trattamento è il dirigente Responsabile della struttura destinataria della presente dichiarazione ;
- in ogni momento potranno essere esercitati nei confronti del titolare del trattamento i diritti previsti dal D.Lgs.196/2003 e dal GDPR.

luogo

data

IL LEGALE RAPPRESENTANTE _____

(firma e timbro)

**Modulo 1**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445 e ss.mm.ii.)

Il/La sottoscritto/a	Cognome:										Nome:									
Nato/a a											Prov.		In data:							
Residente a													Prov.							
Via/Piazza													Nr.							
Codice Fiscale																				
indirizzo di posta elettronica																				
posta elettronica certificata (PEC)																				

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, consapevole della decadenza dei benefici eventualmente emanati sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art.75 del medesimo D.P.R. e delle conseguenze penali previste dall'art.76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

- di accettare, assumendone tutte le responsabilità, l'incarico di Persona Responsabile del magazzino della Ditta:

Denominazione																
Indirizzo																
Comune																
P. IVA																

Magazzino ubicato in:

Comune																
Via/Piazza													Nr.			

- di non essere Persona responsabile di altri magazzini adibiti al commercio all'ingrosso di medicinali ad uso umano, ai sensi D.L.vo n° 219/06, appartenenti a società diverse da quella che mi ha conferito l'incarico di cui sopra

Informativa ai sensi del D.Lgs 196/2003 e del Regolamento Europeo Privacy UE/2016/679 /GDPR): i dati forniti verranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla procedura per cui sono raccolti;il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura;titolare del trattamento è l' Agenzia di Tutela della Salute di Brescia;responsabile del trattamento è il dirigente Responsabile della struttura destinataria della presente dichiarazione ;in ogni momento potranno essere esercitati nei confronti del titolare del trattamento i diritti previsti dal D.Lgs.196/2003 e dal GDPR.

luogo, data_____
Firma del dichiarante

**Modulo n. 2**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e ss.mm.ii.)

Il/La sottoscritto/a	Cognome:										Nome:									
Nato/a a																Prov.		In data:		
Residente a																Prov.				
Via/Piazza																Nr.				
Codice Fiscale																				
indirizzo di posta elettronica																				
posta elettronica certificata (PEC)																				
in qualità di:																				
della Ditta:																				

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, consapevole della decadenza dei benefici eventualmente emanati sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art.75 del medesimo D.P.R. e delle conseguenze penali previste dall'art.76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

- 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 normativa vigente;
- di non avere riportato condanne penali per reati contro il patrimonio o comunque connessi al commercio di medicinali non conforme alle disposizioni del D. Lgs. 219/2006;
- di non avere riportato condanne penali definitive di almeno due anni per delitti non colposi
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali.

Informativa ai sensi del D.Lgs 196/2003 e del Regolamento Europeo Privacy UE/2016/679 /GDPR): i dati forniti verranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla procedura per cui sono raccolti;il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura;titolare del trattamento è l' Agenzia di Tutela della Salute di Brescia;responsabile del trattamento è il dirigente Responsabile della struttura destinataria della presente dichiarazione ;in ogni momento potranno essere esercitati nei confronti del titolare del trattamento i diritti previsti dal D.Lgs.196/2003 e dal GDPR.

(luogo, data)

Firma del dichiarante

**Modulo n. 3**
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e ss.mm.ii.)

Il/La sottoscritto/a	Cognome:				Nome:									
Nato/a a							Prov.:		In data:					
Residente a									Prov.					
Via/Piazza:											Nr.			
Codice Fiscale														
Indirizzo di posta elettronica:														
Posta elettronica certificata (PEC):														
In qualità di :														
della Ditta :														

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, consapevole della decadenza dei benefici eventualmente emanati sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art.75 del medesimo D.P.R. e delle conseguenze penali previste dall'art.76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

Di essere in possesso della Laurea in

--

Appartenente alle seguente classe:

- ☐ classe LM-8 Classe dei corsi di laurea magistrale in biotecnologie industriali
- ☐ classe LM-9 Classe dei corsi di laurea magistrale in biotecnologie mediche, veterinarie e farmaceutiche
- ☐ classe LM-21 Classe dei corsi di laurea magistrale in ingegneria chimica

oppure

- ☐ classe L-2 Classe dei corsi di laurea in biotecnologie
- ☐ classe L-9 Classe dei corsi di laurea in ingegneria industriale
- ☐ classe L-27 Classe dei corsi di laurea in scienze e tecnologie chimiche
- ☐ classe L-29 Classe dei corsi di laurea in scienze e tecnologie farmaceutiche

Nel corso delle quali dichiara di aver superato gli esami di chimica farmaceutica e di legislazione farmaceutica.

Oppure, per le Persone Responsabili di magazzino di distribuzione di gas medicinali)

- ☐ di avere svolto, successivamente al 1/5/1993 (data dell'entrata in vigore del D. Lgs. 538/92) e per almeno cinque anni, anche non continuativi, funzioni di direttore tecnico di magazzino di distribuzione all'ingrosso o di deposito di gas medicinali.

La laurea dichiarata è stata conseguita :

presso										
	Università				data					
Iscritto all'Albo										
	Ordine			Provincia			Data iscrizione		nr. Iscrizione	

Informativa ai sensi del D.Lgs 196/2003 e del Regolamento Europeo Privacy UE/2016/679 /GDPR): i dati forniti verranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla procedura per cui sono raccolti;il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura;titolare del trattamento è l' Agenzia di Tutela della Salute di Brescia;responsabile del trattamento è il dirigente Responsabile della struttura destinataria della presente dichiarazione ;in ogni momento potranno essere esercitati nei confronti del titolare del trattamento i diritti previsti dal D.Lgs.196/2003 e dal GDPR.

luogo, data

Firma del dichiarante

**Modulo n. 4** - Comunicazione antimafia

Autocertificazione nei casi di cui all'art. 89 del D.Lgs 159/2011

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e ss.mm.)

Il/La sottoscritto/a	Cognome:					Nome:									
Nato/a a						Prov.		In data:							
Residente a						Prov.									
Via/Piazza											Nr.				
Codice Fiscale															
In qualità di															
della Ditta															

ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, , sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che nei propri confronti non sussistono le cause di decadenza, di sospensione o di divieto di cui all'art. 67 del D.Lvo 06/09/2011, n. 159.

Informativa ai sensi del D.Lgs 196/2003 e del Regolamento Europeo Privacy UE/2016/679 /GDPR): i dati forniti verranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla procedura per cui sono raccolti;il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura;titolare del trattamento è l' Agenzia di Tutela della Salute di Brescia;responsabile del trattamento è il dirigente Responsabile della struttura destinataria della presente dichiarazione ;in ogni momento potranno essere esercitati nei confronti del titolare del trattamento i diritti previsti dal D.Lgs.196/2003 e dal GDPR.

(luogo, data)_____
Firma del dichiarante