DOMANDA IN TRIPLICE COPIA DI CUI UNA IN CARTA LEGALE

Raccomandata AR

All’ Assessorato Regionale della Sanità

Dipartimento per la Pianificazione Strategica

Servizio 7 - Farmaceutica

Piazza Ottavio Ziino, 24

90145 Palermo

Al Direttore del Dipartimento Interaziendale Farmaceutico

Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo

Via Pindemonte, 88 – 90129 Palermo

PEC: dipfarmaceutico.pec@asppa.it

fax 091/7033019

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in qualità di titolare/legale rappresentante della ditta o società (indicare denominazione o la ragione sociale)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P.I.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e magazzino sito in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ iscritta alla C.C.I.A.A. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in ottemperanza agli obblighi previsti dal D.Lgs 538/92,D.Lgs. 219/2006, siccome modificato dalla L.248/2006 e s.m.i.

CHIEDE

**Il rilascio della autorizzazione alla distribuzionedi medicinali per uso umano**

A tal fine, consapevole di quanto stabilito dagli artt. 76 e 75 del D.P.R. 445/2000 in merito alla responsabilità penale in caso di dichiarazioni mendaci e sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti a seguito di provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti dell’art. 47 del citato D.P.R. n. 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità:

1. di essere in grado di adempiere a quanto disposto dal D.Lgs 219/06 e s.m.i., del quale si dichiara a conoscenza, e che l’attività sarà svolta presso il magazzino sito in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_ per il seguente territorio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per il quale si chiede l’autorizzazione,
2. di disporre di adeguato personale e di affidare la direzione tecnica responsabile al Dr. \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in possesso del diploma di laurea in  farmacia  chimica  chimica e tecnologia farmaceutiche , con approfondita conoscenza delle norme e della prassi di corretta conservazione e distribuzione dei medicinali, che non abbia riportato condanne penali per reati contro il patrimonio o comunque connessi al commercio di medicinali irregolari, che accetta l’incarico e che svolge la propria attività sovraintendendo alle operazioni concernenti il movimento in entrata e in uscita, la custodia e la conservazione dei medicinali senza obbligo di orario ai sensi del D.L.gs 219/2006 e s.m.i.;
3. di disporre di locali, di installazioni e di attrezzature idonei, sufficienti a garantire una buona conservazione e una buona distribuzione dei medicinali;
4. di impegnarsi a rispettare gli obblighi cui è soggetto a norma degli art. 104 e 105 del D.Lgs. 219/2006, siccome successivamente modificato dalla L. 248/2006, del quale si dichiara a conoscenza;

Chiede, infine, che ogni comunicazione venga indirizzata al seguente recapito:

via …………………………………………………………………………………… tel. …………………….. fax ………………………….. e-mail/PEC …………………………………………………. e si impegna a comunicare in tempo utile ogni successiva variazione di recapito.

Allega la seguente documentazione relativa al **titolare dell’autorizzazione e ai soci:**

* **In bollo:** Copia conforme dell’atto costitutivo della società, autenticato e registrato
* **In bollo:**Titolo di proprietà o locazione relativo ai locali, debitamente registrato
* Certificazione di prevenzione incendi
* Certificazione attestante le condizioni di sicurezza degli impianti e delle strutture
* Certificazione di agibilità dei locali con destinazione d’uso rilasciata dal Comune
* Planimetria dei locali in scala 1:100 redatta da un tecnico qualificato, contenente l’indicazione delle attrezzature ed installazioni di cui è dotato il magazzino in cui viene svolta l’attività
* Relazione tecnica che, con riferimento ai locali, installazione e attrezzature, assicuri quelle garanzie richieste dalla legge, anche in relazione alle modalità di consegna eventuale dei medicinali durante l'orario di chiusura delle farmacie e che indichi la presenza dei requisiti tecnici dei mezzi adibiti al trasporto dei medicinali, segnalando, se mezzi propri, tipo e targa o l'utilizzo di corrieri o ditte di trasporti per conto terzi (produrre eventuali contratti).
* Parere di idoneità igienico-sanitaria dei locali da adibire a ingrosso/deposito di medicinali per uso umano del Dipartimento di Prevenzione della ASP competente per territorio
* Piano di emergenza
* Certificazione di iscrizione alla Camera di Commercio (C.C.I.A.A.)
* Dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi e per gli effetti delle disposizioni di cui al D. Lgs 159/2011 e s.m.i (antimafia) per ciascuno dei soci ;
* Dichiarazione sostitutiva di certificazione di stato di famiglia e residenza per ciascuno dei soci (D.P.R. 445/2000)
* Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà dei carichi penali pendenti e condanne penali subite dei componenti la ditta o società (D.P.R. 445/2000)
* Fotocopia di un documento d’identità

Allega la seguente documentazione relativa alla **Persona Qualificata** (**direttore tecnico)** :

* Accettazione scritta dell’incarico da parte della Persona Qualificata (direttore tecnico )in cui si attesta di impegnarsi a rispettare gli obblighi di cui al 2° comma dell’art. 101 del D.Lgs. 219/2006 e s.m.i.;
* Dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi e per gli effetti delle disposizioni di cui D. Lgs 159/2011 e s.m.i (antimafia);
* Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà dei carichi penali pendenti e condanne penali subite (D.P.R. 445/2000)
* Dichiarazione sostitutiva di possesso dei titoli per esercizio alla professione e di certificazione di iscrizione all’Albo Professionale
* Dichiarazione sostitutiva di certificazione di stato di famiglia e residenza (D.P.R. 445/2000)
* Curriculum datato e firmato
* Fotocopia di un documento d’identità

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, li\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il Richiedente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ai sensi dell’art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è inviata insieme alla fotocopia, non autentica di un documento d’identità del dichiarante, all’ufficio competente.

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lvo nr. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_