

BOLLO 16,00 €

Al Responsabile S.S. Farmacia Territoriale  
Azienda USL Valle d'Aosta  
Via Guido Rey n. 1  
11100 AOSTA  
[protocollo@pec.ausl.vda.it](mailto:protocollo@pec.ausl.vda.it)

### Istanza autorizzazione alla gestione provvisoria di farmacia

Il/La sottoscritto/a:

Dott./Dott.ssa/Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

residente in Via/Fraz. \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

del Comune di \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

**in qualità di** (erede, socio accomandante, altro specificare) \_\_\_\_\_

Dott./Dott.ssa/Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

residente in Via/Fraz. \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

del Comune di \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

**in qualità di** (erede, socio accomandante, altro specificare) \_\_\_\_\_

Dott./Dott.ssa/Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

residente in Via/Fraz. \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

del Comune di \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

**in qualità di** (erede, socio accomandante, altro specificare) \_\_\_\_\_

**del/la Dott./Dott.ssa** \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_ )

il \_\_\_\_\_ e deceduto/a in data \_\_\_\_\_ Titolare della Farmacia \_\_\_\_\_

sita in Via/Fraz. \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_

*consapevole/i di quanto disposto dalla normativa vigente in materia*

### CHIEDE/CHIEDONO

l'autorizzazione alla gestione provvisoria dell'esercizio suesposto per un periodo massimo di 6 mesi dalla presentazione della dichiarazione di successione (ai sensi art. 7 - comma 9 - della Legge n. 362 dell'08/11/1991, così come modificato dall'art. 11 - comma 11 - del Decreto Legge n. 1 del 24/01/2012 convertito, con modificazioni, nella Legge n. 27 del 24/03/2012).

A tal fine indica/indicano che:

la Farmacia sita in Via/Fraz. \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_

cambierà la propria denominazione come segue: \_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

la direzione tecnico-professionale della Farmacia medesima  viene affidata  rimane in capo al/la

Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_ )

il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

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

FIRMA PER ACCETTAZIONE DELLA DIREZIONE DELLA FARMACIA

\_\_\_\_\_

A tal fine allega/allegano la seguente documentazione:

- Copia documento di riconoscimento per ciascun erede e per il/i sottoscrittore/i;
- Certificato di decesso o dichiarazione sostitutiva atto di notorietà da dove risulta anche la qualità di erede/i;
- Dichiarazioni sostitutive di certificazione, di atto notorio e dichiarazione antimafia;
- Scheda anagrafica farmacia;
- **A completamento della documentazione l/gli erede/i dovrà/dovranno tempestivamente comunicare all'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta la data della dichiarazione di successione.**

Per il **direttore tecnico**:

- Autocertificazione possesso titoli per esercizio professione farmacista (Modello MA 52 UF);
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio atta a comprovare l'assenza di situazioni di incompatibilità;
- Dichiarazione antimafia;
- Fotocopia di un documento di identità e del codice fiscale.

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_  
(Luogo) (Data)

IL/I DICHIARANTE/I

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

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. l'istanza è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità del sottoscrittore, all'ufficio competente, tramite incaricato o a mezzo posta. Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lvo n. 196/2003, così come modificato dal D.Lgs n. 101/2018 e dal Regolamento UE 679/2016 (GDPR), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Si informa che il trattamento dei dati personali sarà improntato a liceità e correttezza nel pieno rispetto di quanto stabilito dalla citata normativa e dei relativi obblighi di riservatezza. Sono fatti salvi, in ogni caso, i diritti di cui agli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679. Si precisa che l'Informativa al trattamento dei dati dell'Azienda U.S.L. Valle d'Aosta è pubblicata in forma completa sul sito [www.ausl.vda.it](http://www.ausl.vda.it), nella sezione Privacy.