

## MODULO C

### Trasferimento titolarità e diritto di esercizio farmacie

Marca da bollo da € 16,00  
Assolta in modo virtuale  
Esenzione per Enti ex art.  
82 c. 5 D.Lgs. 117/2017

**Al Signor Sindaco  
del Comune di Genova  
Direzione Ambiente  
Uff. Vigilanza Sanitaria  
Via di Francia, 1 (15° piano) - 16149 GENOVA**

Il/la sottoscritto/a \* .....

nato/a a \* ..... Provincia di |\_|\_| il \* |\_|\_|. |\_|\_|. |\_|\_|

Cittadinanza \* ..... residente in \* .....

Via \* ..... n. .... C.A.P. |\_|\_|\_|\_|\_|

Cod. Fiscale \* n. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

in qualità di\*: |\_| Titolare |\_| Socio |\_| Legale Rappresentante

Il/la sottoscritto/a \* .....

nato/a a \* ..... Provincia di |\_|\_| il \* |\_|\_|. |\_|\_|. |\_|\_|

Cittadinanza \* ..... residente in \* .....

Via \* ..... n. .... C.A.P. |\_|\_|\_|\_|\_|

Cod. Fiscale \* n. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

in qualità di\*: |\_| Titolare |\_| Socio |\_| Legale Rappresentante

Il/la sottoscritto/a \* .....

nato/a a \* ..... Provincia di |\_|\_| il \* |\_|\_|. |\_|\_|. |\_|\_|

Cittadinanza \* ..... residente in \* .....

Via \* ..... n. .... C.A.P. |\_|\_|\_|\_|\_|

Cod. Fiscale \* n. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

in qualità di\*: |\_| Titolare |\_| Socio |\_| Legale Rappresentante

Il/la sottoscritto/a \* .....

nato/a a \* ..... Provincia di |\_|\_| il \* |\_|\_|. |\_|\_|. |\_|\_|

Cittadinanza \* ..... residente in \* .....

Via \* ..... n. .... C.A.P. |\_|\_|\_|\_|\_|

Cod. Fiscale \* n. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

in qualità di\*: |\_| Titolare |\_| Socio |\_| Legale Rappresentante

Della Ditta individuale \* .....

Della Società \* .....

con sede legale\* in Genova, Via/piazza .....

tel. .... fax .....

PEC\* ..... E-mail \* .....

Iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. \* di ..... al n. \* .....

Iscrizione al Tribunale di \* ..... al n. \* .....

Partita Iva \* n. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Codice Fiscale \* n. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**CHIEDE / CHIEDONO  
L'AUTORIZZAZIONE AL TRASFERIMENTO DI TITOLARITA' E DIRITTO DI ESERCIZIO**

**della Farmacia** (denominazione esercizio) \* .....

sita in Genova\*, Via ..... civ. ....

posta nella sede farmaceutica  singola  promiscua \* n. .... della Pianta Organica delle farmacie del Comune di Genova, e compresa nella A.S.L. 3

di cui all'autorizzazione rilasciata da ..... Provv. N..... del.....

intestata a.....

- **in capo alla società** \* ..... sopradescritta
- **a nome del Dottor/della Dottoressa** \* ..... titolare dell'impresa individuale sopracitata

**L'insegna della farmacia rimane \*** .....

**ovvero diventa \*** .....

- Tutti i soci sono in possesso dei requisiti previsti dalla vigente normativa al diritto di esercizio della farmacia (come da autocertificazioni allegate)
- La Direzione della farmacia è affidata al /alla Dott./Dott.ssa\* .....  
Data di nascita\* |\_|\_|\_|\_|. |\_|\_|\_|\_|. |\_|\_|\_|\_| luogo di nascita \* ..... Prov .....  
il/la quale con la sottoscrizione acconsente alla nomina di Direttore della Farmacia stessa.

sotto la propria/loro responsabilità, consapevole/i delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti, uso di atti falsi, l'Amministrazione è obbligata a provvedere alla pronuncia di decadenza dell'autorizzazione già rilasciata.

....., lì .....

Firme Titolare Ditta Individuale/L.R. Società/Soci .....

Firma Direttore della Farmacia .....

**Il/la/i sottoscritto/a/i dichiara/no inoltre di essere informato/a, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 Regolamento Generale sulla protezione dei dati e relative norme di armonizzazione (vedasi informativa sul modulo "PRIVACY")**

....., lì ..... Firma Titolare/ Legale Rappresentante/Socio/Direttore

Ai sensi dell'art. 38, del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 l'istanza è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia non autenticata, di un documento di identità dell'istante, all'ufficio competente via PEC, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta. **\*(dati personali obbligatori)**

(farmacisti)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(resa ai sensi degli articoli 46 e 47 e le dichiarazioni del D.P.R. 445/2000)

Il sottoscritto \* .....

nato a \* ..... Provincia di |\_|\_| il \* |\_|\_|. |\_|\_|. |\_|\_|

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. N. 445 del 28.12.2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. N. 445 del 28.12.2000 e che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti, uso di atti falsi, l'Amministrazione è obbligata a provvedere alla pronuncia di decadenza dell'autorizzazione già rilasciata,

**DICHIARA**

1. di essere nato/a in \* ..... il\* .....
2. di essere residente in ..... via .....
3. di essere in possesso della cittadinanza \* .....
4. di godere dei diritti civili e politici
5. di essere in possesso del Diploma\* di  Laurea in Farmacia  Chimica e Tecnologie Farmaceutiche, conseguito presso l'Università di \* .....  
in data \* GG/MM/AAAA .....
6. Di essere in possesso dell'attestato di abilitazione alla professione di farmacista conseguito presso l'Università di \* ..... in data \* .....
7. Di essere iscritto all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di\* ..... al n. \* ..... dal giorno \* .....
8. di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso;
9. di non essere mai stato dichiarato fallito e di non aver procedimenti fallimentari in corso;
10. che non vi sono a carico del sottoscritto cause di divieto o di sospensione dei procedimenti previsti dalla normativa antimafia (D.Lgs. 6 settembre 2011 n.159) né di essere a conoscenza che sussistano, alla data odierna, tali cause in conto alla Società\* .....
11. che non sussistono le cause di incompatibilità di cui agli artt. 102 T.U.LL.SS. e 13 Legge 02.04.1968 n.475;
12. che non sussistono le cause di incompatibilità di cui agli articoli 7 e 8 della Legge 08.11.1991, n.362 come modificato dalla Legge 04.08.2017 n.124, di seguito riportate:
  - la partecipazione alla società è incompatibile con qualsiasi altra attività svolta nel settore della produzione e informazione scientifica del farmaco, nonché con l'esercizio della professione medica;
  - la partecipazione alla società è incompatibile con la posizione di titolare, gestore provvisorio, direttore o collaboratore di altra farmacia;
  - la partecipazione alla società è incompatibile con qualsiasi rapporto di lavoro pubblico e privato
13. di aver conseguito l'idoneità alla professione di farmacista avendo maturato il seguente stato di servizio :  
dal \* ..... al \* ..... in qualità di \* .....  
presso:\*: .....
  
- dal \* ..... al \* ..... in qualità di \* .....  
presso:\*: .....

....., lì ..... Firma del dichiarante .....

**Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 Regolamento Generale sulla protezione dei dati e relative norme di armonizzazione (vedasi informativa sul modulo "PRIVACY")**

....., lì ..... Firma del dichiarante .....

**\*(dati personali obbligatori)**

(non farmacisti)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(resa ai sensi degli articoli 46 e 47 e le dichiarazioni del D.P.R. 445/2000)

Il sottoscritto \* .....

nato a \* ..... Provincia di |\_\_|\_\_| il \* |\_\_|\_\_|. |\_\_|\_\_|. |\_\_|\_\_|

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. N. 445 del 28.12.2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. N. 445 del 28.12.2000 e che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti, uso di atti falsi, l'Amministrazione è obbligata a provvedere alla pronuncia di decadenza dell'autorizzazione già rilasciata,

**DICHIARA**

1. di essere nato/a in \* ..... il\* .....
2. di essere residente in ..... via .....
3. di essere in possesso della cittadinanza \* .....
4. di essere in possesso del seguente titolo di studio: \* .....
5. di godere dei diritti civili e politici
6. di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso;
7. di non essere mai stato dichiarato fallito e di non aver procedimenti fallimentari in corso;
8. che non vi sono a carico del sottoscritto cause di divieto o di sospensione dei procedimenti previsti dalla normativa antimafia (D.Lgs. 6 settembre 2011 n.159) né di essere a conoscenza che sussistano, alla data odierna, tali cause in conto alla Società\*.....
9. che non sussistono le cause di incompatibilità di cui:
  - agli articoli 13 Legge 02.04.1968 n.475;
  - agli articoli 7 e 8 della Legge 08.11.1991, n. 362 come modificato dalla Legge 04.08.2017 n.124, di seguito riportate:
    - la partecipazione alla società è incompatibile con qualsiasi altra attività svolta nel settore della produzione e informazione scientifica del farmaco, nonché con l'esercizio della professione medica;
    - la partecipazione alla società è incompatibile con la posizione di titolare, gestore provvisorio, direttore o collaboratore di altra farmacia;
    - la partecipazione alla società è incompatibile con qualsiasi rapporto di lavoro pubblico e privato

....., lì ..... Firma del dichiarante .....

**Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 Regolamento Generale sulla protezione dei dati e relative norme di armonizzazione (vedasi informativa sul modulo "PRIVACY")**

....., lì ..... Firma del dichiarante .....

**\*(dati personali obbligatori)**

(titolare/legale rappresentante)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(resa ai sensi degli articoli 46 e 47 e le dichiarazioni del D.P.R. 445/2000)

Il sottoscritto \* .....

nato a \* ..... Provincia di |\_|\_| il \* |\_|\_|. |\_|\_|. |\_|\_|

in qualità di\*:  Titolare  Legale Rappresentante

della ditta/società \* ....., titolare della Farmacia

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. N. 445 del 28.12.2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. N. 445 del 28.12.2000 e che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti, uso di atti falsi, l'Amministrazione è obbligata a provvedere alla pronuncia di decadenza dell'autorizzazione già rilasciata,

**DICHIARA:**

che la ditta/società \* .....  
agisce nel rispetto del comma 158 dell'articolo 1 della Legge 04 agosto 2017 n°124 che prevede che:

**“i soggetti di cui al comma 1 dell'articolo 7 della legge 8 novembre 1991, n. 362, come sostituito dal comma 157, lettera a), del presente articolo, possono controllare, direttamente o indirettamente, ai sensi degli articoli 2359 e seguenti del codice civile, non più del 20 per cento delle farmacie esistenti nel territorio della medesima regione” (Regione Liguria).**

....., lì ..... Firma del dichiarante .....

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 Regolamento Generale sulla protezione dei dati e relative norme di armonizzazione (vedasi informativa sul modulo “PRIVACY”)

....., lì ..... Firma del dichiarante .....

**\*(dati personali obbligatori)**

**SI ALLEGANO I SEGUENTI DOCUMENTI IN DUPLICE  
IN VERSIONE ORIGINALE CARTACEO E SCANSIONE MEDIANTE FILES FORMATO PDF**

- 1. Istanza originale**
- 2. Atto notarile costituzione di società - copia originale o copia conforme**
- 3. Atto notarile cessione di azienda - copia originale o copia conforme**
- 4. Autocertificazione requisiti (per ognuno dei soci)**
- 5. Autocertificazione art.1 c.158 Legge 124/2017 (a cura del titolare/legale rappresentante)**
- 6. Documento di riconoscimento (per ognuno dei soci e del Legale Rappresentante)**
- 7. Codice fiscale (per ognuno dei soci e del Legale Rappresentante)**
- 8. Attestazione di versamento di € ....., importo già comprensivo di imposta di bollo per istanza (se dovuta) e diritti di segreteria per rilascio autorizzazione, effettuando il pagamento come indicato alla voce tariffario – tabella file formato pdf - reperibile sul sito del Comune di Genova – Cittadini – Ambiente Igiene- Informazioni Generali – Tariffe e Imposte per il rilascio di autorizzazioni. Il Comune di Genova aderisce al progetto nodo nazionale dei pagamenti denominato PagoPA**
- 9. Eventuali altri allegati .....**

..... lì .....

Firme Titolare Ditta individuale/ L.R. Società/Socio

.....

**NORMATIVA DI RIFERIMENTO:**

T.U.LL.SS. approvato con R.D. 27.07.1934, n. 1265;  
Legge 2.4.1968 n. 475, art. 12;  
Legge 8.11.1991 n. 362 e s.m.i.;  
Art. 2 Legge Regione Liguria 04.04.1991 n. 3

## INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

ai sensi degli artt.13 e 14 del Regolamento generale (UE) 2016/679 (in seguito GDPR)

Questa Civica Amministrazione, rappresentata dal Sindaco *pro tempore*, informa i propri utenti che il trattamento dei dati personali è improntato ai principi di liceità, correttezza e trasparenza.

**Titolare del trattamento**  - La Civica Amministrazione con sede in via Garibaldi 9, 16149, Palazzo Tursi - Albini, Genova, è il Titolare del trattamento.

*Il punto di contatto del Titolare è la **Direzione Ambiente, Ufficio Vigilanza Sanitaria**, e-mail [uocigiene@comune.genova.it](mailto:uocigiene@comune.genova.it), PEC [comunegenova@postemailcertificata.it](mailto:comunegenova@postemailcertificata.it), per le attività finalizzate all'istruttoria delle pratiche di competenza.*

**Responsabile della protezione dei dati** o Data Protection Officer (DPO) - Il Titolare ha nominato un DPO per assolvere alle funzioni di supporto e controllo, consultive, formative e informative relativamente all'applicazione della disciplina in materia di protezione dei dati personali. Il DPO coopera con l'Autorità (Garante Privacy) e costituisce il punto di contatto degli interessati per le questioni connesse al trattamento dei dati personali che li riguardano ed è raggiungibile in via Garibaldi, 9 - 16124, Genova, Palazzo Tursi – Albini.

**Finalità del trattamento** - Il trattamento dei dati personali è finalizzato all'esecuzione di compiti di interesse pubblico o connessi all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il Titolare.

**Categorie di dati trattati** - I dati raccolti (es. nome e cognome, indirizzo, codice fiscale, etc.) sono indispensabili e il loro mancato conferimento può precludere l'ottenimento del servizio richiesto.

**Modalità del trattamento** – I dati sono trattati sia manualmente sia con l'ausilio di strumenti informatici e telematici in maniera da garantire un'adeguata sicurezza, compresa la protezione mediante l'applicazione di misure tecniche e organizzative adeguate a mitigare i rischi di perdita, distruzione, accesso non autorizzato, divulgazione. Il trattamento avviene nel rispetto di dette misure, messe in atto dai dipendenti che, agendo sotto l'autorità della Civica Amministrazione, sono autorizzati al trattamento. I dati possono essere trattati anche da soggetti esterni, nominati responsabili del trattamento.

**Comunicazione e diffusione dei dati** - I dati trattati non vengono comunicati a terzi, né diffusi, se non nei casi specificamente previsti dal diritto nazionale o dell'U.E.

La diffusione dei dati nella sezione "Amministrazione Trasparente" è obbligatoria, salvo i casi di *anonimizzazione dei dati* sulla base di quanto disposto dall'art. 4, c.3 del D.Lgs. 33/2013.

**Periodo di conservazione dei dati** - I dati sono conservati in una forma che consenta l'identificazione degli utenti per un arco temporale non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati.

**Trasferimento dei dati** - I dati raccolti non vengono trasferiti al di fuori dello Spazio Economico Europeo (SEE) in Stati terzi non appartenenti all'U.E.

**Diritti dell'interessato** – Gli utenti hanno il diritto di accedere ai dati personali che li riguardano, di richiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento (articoli da 12 a 22 del GDPR) ed esercitano i loro diritti scrivendo all'indirizzo del DPO: [dpo@comune.genova.it](mailto:dpo@comune.genova.it)

Gli utenti hanno il diritto di proporre reclamo all'Autorità (<https://www.garanteprivacy.it/>) ai sensi dell'art. 77 del GDPR e adire le opportune sedi giudiziarie di cui al successivo art. 79.

*Ultimo aggiornamento 18 gennaio 2022*

# ITER PRATICA

## 1. Presentazione della domanda

La domanda dovrà essere inviata al Comune di Genova - Direzione Ambiente - Ufficio Vigilanza Sanitaria tramite Posta Elettronica Certificata (PEC) all'indirizzo: [comunegenova@postemailcertificata.it](mailto:comunegenova@postemailcertificata.it)

### **N.B:**

**Se istanza/allegati non sono tutti firmati digitalmente dal/dai soggetto/i firmatario/i del singolo documento, ma vengono prodotti documenti firmati in originale (e poi scansati in file formato PDF), dovrà essere prodotta anche una versione cartacea dell'istanza completa degli allegati, tutti debitamente firmati in originale.**

**Il cartaceo** dovrà essere **inviato per posta** indirizzando alla Direzione Ambiente – Ufficio Vigilanza Sanitaria - Via di Francia 1 - 16149 Genova **oppure consegnato a mano al Protocollo Generale** (sito al 9° piano del Matitone, via di Francia 3, i cui orari consultabili sul sito [www.comune.genova.it](http://www.comune.genova.it)) o all'Ufficio Vigilanza Sanitaria previo appuntamento mail: [uocigiene@comune.genova.it](mailto:uocigiene@comune.genova.it)

2. **L'istanza proseguirà l'iter, con la richiesta del parere all'Ente competente**, soltanto quando la documentazione sarà completa.

## 3. Notifica del provvedimento autorizzativo

Il provvedimento firmato digitalmente dalla Direzione sarà inviato tramite posta elettronica certificata **all'indirizzo PEC del richiedente**, previa dimostrazione dell'avvenuto pagamento **se dovuto** della marca da bollo da € 16,00;