

**MODELLO DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALLA GESTIONE PROVVISORIA
EREDI (in bollo da € 16,00)**

Alla Direzione Politiche della Salute
Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale
Ufficio Pianificazione Assistenza Farmaceutica
Via Conte di Ruvo, 74
65121 PESCARA

Oggetto: istanza di autorizzazione alla gestione provvisoria Eredi dr./dr.ssa

Con la presente il/la/i sottoscritto/a/i nato/a/i a
..... residente/i in Codice Fiscale
..... , in considerazione del decesso del titolare della sede farmaceutica unica/nr.
..... del Comune di Dr./Dr.ssa
..... già titolare giusta Delibera di Giunta Regionale nr del
..... , //Determina Dirigenziale nr del

CHIEDE/CHIEDONO

nell'assunta qualità di erede/i legittimi del suindicato *de cuius*, l'autorizzazione alla gestione provvisoria della sede farmaceutica nr. del Comune di , per il termine di , indicando quale Direttore della sede medesima il dr./dr.ssa.....

A tal fine allega/allegano la seguente documentazione prodromica al rilascio della autorizzazione regionale:

1. certificato di morte;
2. estratto dell'atto di nascita di ciascun erede ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione;
3. documentazione relativa al farmacista direttore prescelto per la direzione della farmacia di seguito indicata;
4. dichiarazione sostitutiva di certificazione di nascita e residenza;
5. dichiarazione sostitutiva di certificazione di godimento dei diritti politici;
6. dichiarazione sostitutiva di certificazione di laurea in Farmacia conseguita presso l'Università degli Studi di..... in data.....;
7. dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante l'abilitazione all'esercizio della professione presso l'Università degli Studi di..... nella sessione..... dell'anno..... ;
8. dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante l'iscrizione all'Albo dei farmacisti della Provincia di..... dal..... con il n..... ;
9. dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante l'inesistenza di cause di incompatibilità di cui all' art. 13 L. 475/68 e 8 della L. 362/1991;
10. dichiarazione sostitutiva di certificazione del Casellario Giudiziale;
11. dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante l'inesistenza di cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art.67 del D. Lgs. 06.09.2011, n. 159 ;
12. fotocopia del codice fiscale e di un documento d'identità;
13. n.1 marca da bollo di € 16,00.

Si allega , inoltre, marca da bollo da € 16,00 da apporre sul provvedimento amministrativo richiesto , ai sensi e per gli effetti del D.M. 20.08.1992 – G.U. 21.08.1992, n. 169 S.O. –

..... li

L'erede/Gli eredi richiedenti

.....

