FARMACIE A GESTIONE SOCIETARIA
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO NOTORIETA' PER IL SOCIO NON FARMACISTA
art. 46,47 DPR 445/2000, L. 475/68, L.362/91, L. 124/17)

Scrivere solo in stampatello ***Tale Dichiarazione deve essere prodotta per tutti i soci non farmacisti (1)***

Il sottoscritto Cognome ..... Nome .....
Data di nascita ...../...../..... Luogo di nascita ..... (Prov. .....)
Cittadinanza italiana ovvero .....
Residenza: Comune di ..... CAP ..... (Prov. .....)
Via/P.zza ..... n. .....
Codice Fiscale […] […] […] […] […] […] […] […] […] […] […] […] […] […] […] […] […]

In qualità di ☐ LEGALE RAPPRESENTANTE ☐ SOCIO della

☐ Società di persone ☐ Società Cooperativa a r.l. ☐ Società di capitali denominata:
"_____"

C.F. / P.I. […] […] […] […] […] […] […] […] […] […] […] […] […] […] […] […] […]
con sede legale in……, Via/P.zza ..... n. ....
CAP.....Tel.....Fax.....E-mail .....@.....……

AI FINI DI

☐ ingresso nell'assetto societario nella società già titolare in base all'autorizzazione rilasciata da (SUAP/Comune/Reg)
_____ atto n._____ del _____
☐ ottenimento dell'autorizzazione alla titolarità
della Farmacia denominata _____cod reg_ _____
Sede n. _____ del Comune di _____
sita in Via/P.zza _____ n. _____CAP_____,

Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

☒ di non aver riportato condanne penali né aver procedimenti penali in corso che impediscano l'esercizio dell'attività con particolar riguardo al reato di truffa ai danni del SSN

☒ che ai fini antimafia non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza, o sospensione di cui al D.Lgs. 159/2011 e s.m.i. "Codice antimafia";

☒ di NON essere farmacista

☒ di non incorrere in aspetti di incompatibilità nella gestione societaria ai sensi dell'art. 13 della L.475/68 e dell'art. 7 e 8 della L.362/91 e slm (1) (2) OVVERO

- non svolgere alcuna attività nel settore della produzione e informazione scientifica del farmaco
- non essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e di non esercitare la professione medica
- non essere gestore provvisorio di farmacia
- non avere alcun rapporto di lavoro pubblico o privato
- non ricoprire posti di ruolo nell'amministrazione dello Stato compreso quelli di assistente e titolare di cattedra universitaria, e di enti locali o comunque pubblici

☐di NON prestare alcuna attività professionale presso la farmacia in oggetto **OPPUR**E
☐di prestare la propria attività professionale presso la farmacia in oggetto in qualità di ……

☐di non essere socio in altre società titolari di farmacie nel territorio nazionale **OPPURE**
☐di esser socio di altra/e società titolari di farmacie/magazzini come in elenco allegato

☒ ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196, di essere informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

ALLEGATI

☒ copia non autenticata del documento di riconoscimento in corso di validità (obbligatorio)
☐ integrazione al presente modello in quanto facente parte di ulteriori società titolari di farmacie/grossisti medicinali

_____ lì _____ **FIRMA DEL SOCIO (3)**

_____

(1)I requisiti di non incompatibilità debbono essere rispettati da tutti i soci. (2) Vedi Parere del Consiglio di Stato N. Affare 01962/17 prot.00069/2018 Adunanza del 22/12/17.Ai sensi dell' art. 38 D.P.R. 445/2000, (3) L'istanza può essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.