

FARMACIE A GESTIONE SOCIETARIA
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO NOTORIETA' PER IL SOCIO 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 farmacisti (1)

Il sottoscritto Cognome _____ Nome _____
Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ (Prov. ____)
Codice fiscale _____ Cittadinanza Italiana ovvero _____
Residente in Comune di _____ (_____), Via/P.zza _____ n. ____
In qualità di **LEGALE RAPPRESENTANTE** **SOCIO** della
 Società di persone **Società Cooperativa a r.l.** **Società di capitali** denominata
“ _____ ”
sede legale _____ Via/P.zza _____ n. _____
PIVA _____ Tel. _____ Email _____ @ _____

AI FINI DI

ingresso nell'assetto societario nella società già titolare in base all'autorizzazione rilasciata da (SUAP/Comune/Reg)
_____ atto/prot n. _____ del _____
 rilascio di nuova autorizzazione alla titolarità
della Farmacia _____ cod reg _____ sede n. _____ 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 particolare riguardo al reato di truffa ai danni del SSN;
- che ai fini antimafia non sussistono nei propri confronti cause di divieto, decadenza, o sospensione di cui al D.Lgs. 159/11 e s.m.i. "Codice antimafia";
- di essere iscritt _ all'Albo della Provincia di _____, al n. _____
- di NON incorrere in aspetti di incompatibilità nella gestione societaria ai sensi dell'art. art 7 c.2 e art 8 c.1 della L.362/91 modificato con L. 124/17 e dell'art'13 della L.475/68 (1), (2) **OVVERO**
- non essere iscritto all'Ordine dei medici chirurghi me di non esercitare la professione medica
 - non svolgere alcuna attività svolta nel settore della produzione e informazione scientifica del farmaco
 - non essere titolare, gestore provvisorio, direttore o collaboratore di altra farmacia (a gestione titolare unico)
 - non aver 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 essere socio in altre società titolari di farmacia nel territorio nazionale **OPPURE**
 di esser socio di altra/e società titolare/i di farmacie e/o grossisti di medicinali ai sensi DLvo 219/06 come da elenco allegato

di NON prestare attività professionale presso la farmacia in oggetto **OPPURE**
 di prestare attività professionale presso la farmacia in oggetto in qualità di _____

ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 30/06/03, 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

FIRMA PER ESTESO DEL SOCIO (3)

_____ li _____

(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. (3) Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445/2000, 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.