

	<b>ALLO SPORTELLO UNICO DELLE ATTIVITÀ PRODUTTIVE</b>
	<b>L.R. 16/00 - FARMACIE</b>  <b>COMUNICAZIONI NON SOGGETTE AD AUTORIZZAZIONE</b>  <b>1. VARIAZIONE COMPAGINE SOCIALE</b> <b>1/A. VARIAZIONE QUOTE SOCIETARIE</b> <b>1/B. VARIAZIONE NATURA GIURIDICA</b> <b>1/C. VARIAZIONE LEGALE RAPPRESENTANTE</b> <b>2. VARIAZIONE DEL DIRETTORE TECNICO</b> <b>3. ALTRE VARIAZIONI</b>

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a..... (.....) il ...../...../.....  
residente a..... (.....)  
via/piazza..... n°..... CAP .....  
codice fiscale .....recapito telefonico .....  
legale rappresentante della soc. ....  
con sede legale in ..... via/piazza .....CAP.....  
codice fiscale/partita IVA .....

In relazione alla Farmacia .....  
sita in ..... Via/Piazza ..... n. ....  
CAP ..... Tel. .... Fax .....  
e-mail .....  
posta elettronica certificata (*obbligatoria*) .....  
Sede farmaceutica n. .... della pianta organica del Comune di  
autorizzata con atto n..... del ..... rilasciato da .....

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 e la decadenza dai benefici conseguenti

**COMUNICA**

che sono intervenute le seguenti variazioni:

1 [...] VARIAZIONE COMPAGINE SOCIALE:

1/A [...] VARIAZIONE QUOTE SOCIETARIE:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
come stipulato con Atto: ..... In data ..... (che si  
allega in copia)

1/B [...] VARIAZIONE NATURA GIURIDICA:

Da .....

A .....

come stipulato con Atto: ..... In data ..... (che si  
allega in copia)

1/C [...] VARIAZIONE LEGALE RAPPRESENTANTE:

Precedente: Nome ..... Cognome .....

Attuale: Nome ..... Cognome .....

C.F. .... Nato a ..... (.....) Il

..... residente a ..... via/piazza ..... n. ....

CAP .....

Cittadinanza .....

Atto: ..... in data .....

2 [...] VARIAZIONE DEL DIRETTORE TECNICO

Nome ..... Cognome .....

C.F. ....

Nato a ..... (.....) Il ..... Cittadinanza.....

Residente a ..... ( ... )

Via/P.zza ..... n. .... CAP .....

Iscritto/a all'Albo Professionale della Provincia di ..... al n. ....

che acconsente alla nomina di Direttore della Farmacia suddetta, con decorrenza .....

Acconsento alla nomina di Direttore Responsabile della farmacia indicata nella presente istanza

Firma del Direttore<sup>1</sup>

.....  
*per accettazione*

In allegato la dichiarazione di assunzione d'incarico del nuovo direttore tecnico

<sup>1</sup> Ai sensi dell' art. 38 D.P.R. 445/2000, qualora la dichiarazione sia sottoscritta dall'interessato con firma autografa, deve essere allegata copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore

3 [...] ALTRE VARIAZIONE (specificare):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

#### DICHIARA

- Che anche a seguito della/e variazione/i oggetto della presente comunicazione, sono rispettati tutti i requisiti previsti dalla normativa vigente, in particolare, per quanto riguarda:
  - gli aspetti di incompatibilità nella gestione societaria ai sensi degli artt. 7 e 8 della L. 362/91, così come modificata dalla Legge 4 agosto 2017, n. 124 e art. 13 della L. 475/68 e L. 892/84 e s.m.e l.;
- di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso che non consentano l'esercizio o la continuazione dell'attività
- che non sono stati modificati i locali precedentemente autorizzati
- che la struttura è in possesso di tutti i requisiti in materia di sicurezza, igiene e sanità urbanistica ed edilizia, e rispetta quanto previsto dalle vigenti disposizioni normative, anche per quanto attiene alla prevenzione incendi e all'agibilità dei locali.

#### DICHIARAZIONI SUL POSSESSO DEI REQUISITI DI ALTRI SOCI

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere a conoscenza che gli altri soci, di seguito indicati, sono in possesso dei requisiti morali e professionali previsti dalla vigente normativa, come da autocertificazione allegata:

Cognome ..... Nome .....

Data di nascita ..... Cittadinanza .....

Luogo di nascita: Comune ..... (prov. ....) Stato .....

Cognome ..... Nome .....

Data di nascita ..... Cittadinanza .....

Luogo di nascita: Comune ..... (prov. ....) Stato .....

Cognome ..... Nome .....

Data di nascita ..... Cittadinanza .....

Luogo di nascita: Comune ..... (prov. ....) Stato .....

Titolo professionale .....

Cognome ..... Nome .....

Data di nascita ..... Cittadinanza .....

Luogo di nascita: Comune ..... (prov. ....) Stato .....

Il sottoscritto dichiara altresì, 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

**Allega i seguenti documenti:**

**Per variazioni assetto societario/legale rappresentante:**

- o Copia Atto comprovante le variazioni intervenute nell'assetto societario
- o Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà – antimafia
- o Dichiarazione sostitutiva dati anagrafici, titoli e requisiti professionali, antimafia (in caso di acquisizione nuovi soci)
- o Copia Documenti di riconoscimento in corso di validità dei dichiaranti
- o Visura Camerale

**Per variazione direttore tecnico:**

- o Comunicazione Nomina Direttore di Farmacia
- o Dichiarazione sostitutiva Iscrizione all'Ordine professionale – dichiarazione titoli e requisiti professionali
- o Copia Documenti di riconoscimento in corso di validità de Direttore Tecnico
- o **Altro** \_\_\_\_\_

Data e luogo

L'interessato deve firmare\* il  
presente modello  
**L'interessato**

\_\_\_\_\_  
*Allegare Documento di riconoscimento  
in corso di validità*

( ) Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del T.U. 445/2000 e del D.lgs 82/2005 e  
rispettive norme collegate, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa."