

bollo	ALLO SPORTELLO UNICO DELLE ATTIVITÀ PRODUTTIVE
	L.R. 16/00 - FARMACIE TRASFERIMENTO DELLA TITOLARITA'

Il/la sottoscritto/a

nato/a a..... (.....) il/...../.....

residente a..... (.....)

via/piazza.....n°..... CAP

codice fiscalerecapito telefonico

In qualità di Titolare Legale rappresentante

della Farmacia Privata Comunale

posta in, Via/Piazza n.

CAP Tel. Fax

Sede farmaceutica N.della pianta organica del Comune di

E-mail

Posta elettronica certificata (obbligatoria)

C.F. [...][...][...][...][...][...][...][...][...][...][...][...][...][...]

P.IVA [...][...][...][...][...][...][...][...][...][...][...]

denominazione o ragione sociale

con sede legale in Via/piazza n.

Al sensi della L.R. 16/2000 e successive modifiche ed integrazioni,

CHIEDE

l'attivazione dei procedimenti amministrativi, diretti all'ottenimento dell'atto di Trasferimento della titolarità nell'esercizio della Farmacia

.....

di cui all'autorizzazione rilasciata da atto N. del

intestata a

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, 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 DPR n. 445/2000 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

In caso di titolare unico

- che sono decorsi anni(*minimo tre*) dal rilascio dell'autorizzazione n..... del rilasciata da(*ultima in ordine di rilascio*)
- che con il rilascio dell'atto di cui al presente procedimento (autorizzazione per subentro) il sottoscritto risulterà titolare dell'esercizio di una sola farmacia sull'intero territorio nazionale;
- di essere iscritto all'Albo Professionale della Provincia dial n.....
- di aver conseguito l'idoneità al diritto di esercizio della farmacia ai sensi degli artt. 7 e 13 della L.362/91, art. 12 della L. 475/68 e L. 892/84 e successive modificazioni ed integrazioni;
- di non incorrere in 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 dell'art.13 della L. 475/68 e L. 892/84 e successive modificazioni ed integrazioni;
- di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso che impediscano l'esercizio dell'attività;
- di non aver modificato i locali precedentemente autorizzati;
- di essere consapevole della necessità di attivare ulteriori ed eventuali endo-procedimenti, denunce o notifiche informative prescritte da altre disposizioni normative necessarie ai fini dello svolgimento dell'attività (quali la domanda di concessione o autorizzazione edilizia, le comunicazioni in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro, le richieste di certificati prevenzione incendi, ecc.)

in caso di società

- che sono decorsi anni(*minimo tre*) dal rilascio dell'autorizzazione n..... del rilasciata da(*ultima in ordine di rilascio*)
- di non incorrere in 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 dell'art.13 della L. 475/68 e L. 892/84 e successive modificazioni ed integrazioni;
- di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso che impediscano l'esercizio dell'attività;
- di non aver modificato i locali precedentemente autorizzati;
- di essere consapevole della necessità di attivare ulteriori ed eventuali endo-procedimenti, denunce o notifiche informative prescritte da altre disposizioni normative necessarie ai fini dello svolgimento dell'attività (quali la domanda di concessione o autorizzazione edilizia, le comunicazioni in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro, le richieste di certificati prevenzione incendi, ecc.)

DICHIARA INOLTRE CHE

- La società è formata dai seguenti soci:

SOCIO 1

Cognome Nome

Data di nascita/...../..... Luogo di nascita (Prov.)

Codice fiscale [...][...][...][...][...][...][...][...][...][...][...][...][...][...][...]

SOCIO 2

Cognome Nome

Data di nascita/...../..... Luogo di nascita (Prov.)

Codice fiscale [...][...][...][...][...][...][...][...][...][...][...][...]

SOCIO 3

Cognome Nome

Data di nascita/...../..... Luogo di nascita (Prov.)

Codice fiscale [...][...][...][...][...][...][...][...][...][...][...][...]

SOCIO 4

Cognome Nome

Data di nascita/...../..... Luogo di nascita (Prov.)

Codice fiscale [...][...][...][...][...][...][...][...][...][...][...][...]

- la società è titolare dell'esercizio di non più del 20% delle farmacie esistenti nel territorio della Regione Toscana
- la Direzione della farmacia è affidata al/alla Dr./Dr.ssa.....
iscritto/a all'Albo Professionale della Provincia di al n.
....., che acconsente alla nomina di Direttore della Farmacia

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

Firma del Direttore¹

.....
per accettazione

(allega dichiarazione assunzione incarico)

Allega i seguenti documenti:

- o Copia Atto che comprovi il titolo di trasferimento della titolarità
- o Visura Camerale
- o Copia Documenti di riconoscimento in corso di validità del dichiarante
- o Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà – antimafia
- o **Attestazione versamento diritti ASL e SUAP** – informarsi presso il SUAP circa l'entità dei diritti da versare

Inoltre, in caso di società,

- o Copia Atto costitutivo della Società
- o Dichiarazione sostitutiva dati anagrafici, titoli e requisiti professionali, antimafia (**per ciascuno dei soci**)
- o Comunicazione Nomina Direttore di Farmacia
- o Dichiarazione sostitutiva idoneità per direzione farmacia
- o Copia Documenti di riconoscimento in corso di validità dei dichiaranti

- o **Altro** _____

TRATTAMENTO DATI PERSONALI	
	<p>di essere informato ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196:</p> <ul style="list-style-type: none">- di dover obbligatoriamente conferire i propri dati personali compilando il presente modulo;- che gli stessi dati saranno trattati dal Comune, quale Titolare, quale Responsabile, in modo cartaceo e telematico, per le sole finalità istituzionali inerenti il rilascio del provvedimento unico finale;- che il Comune potrà, ai sensi della vigente normativa, comunicare i suddetti dati a tutti gli Enti che dovranno intervenire nel procedimento, nonché diffondere gli stessi mediante programmi informatici;- di poter conoscere, ai sensi dell'art. 7, l'esistenza dei propri dati personali, di poterli aggiornare, rettificare od integrare qualora fosse necessario, nonché di richiederne la cancellazione quando trattati in violazione di legge

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."