

FARMACIE – Variazioni non soggette ad autorizzazione

**Allo Sportello Unico Associato
Polo di Rosignano Marittimo**

- 1 Variazione compagine sociale
 - 1/A Variazione quote societarie
 - 1/B Variazione natura giuridica
 - 1/C Variazione Legale Rappresentante
- 2 Variazione del Direttore Tecnico
- 3 Trasformazione della gestione ereditaria
- 4 Altre Variazioni

Il sottoscritto: Cognome Nome
Data di nascita/...../..... Luogo di nascita(.....)
Cittadinanza Codice Fiscale
In qualità di
 Titolare
 Legale rappresentante

della Società con denominazione o ragione sociale

C.F./P.I.
In relazione alla Farmacia
Ubicata in
Via/Piazza n. CAP
Tel. Fax
e-mail@.....
PEC@.....

Sede farmaceutica n. del Comune di,
codice identificativo univoco 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

1/B VARIAZIONE NATURA GIURIDICA:

Da
A
come stipulato con Atto: in data

1/C VARIAZIONE LEGALE RAPPRESENTANTE:

Precedente: Nome Cognome
Attuale: Nome Cognome
C.F.
Nato a (.....) il
residente in (.....) Via/P.zza
n. CAP Cittadinanza
come da Atto: in data

2 VARIAZIONE DEL DIRETTORE TECNICO:

Nome Cognome
C.F. Nato a (.....) il
residente in (.....) Via/P.zza
n. CAP Cittadinanza
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

.....
per accettazione
firma autografa accompagnata
da copia del documento d'identità

3 TRASFORMAZIONE DELLA GESTIONE EREDITARIA:

a decorrere dalla data del con i seguenti dati:
denominazione o ragione sociale
C.F./P.I. con sede legale ovvero amministrativa nel
Comune di (Prov.)
Via/P.zza n. CAP
Legale Rappresentante:
Cognome Nome
C.F. Nato a (.....)
il cittadinanza..... residente in (.....)
Via/P.zza n. CAP

4 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:

- l' idoneità al diritto di esercizio della farmacia ai sensi degli artt. 7 e 13 della L. 362/91 e art. 12 della L. 475/68 e L. 892/84 e s.m.e i.;
- gli aspetti di incompatibilità nella gestione societaria ai sensi dell'art. 8 della L. 362/91 e art. 13 della L. 475/68 e L. 892/84 e s.m.e i.;
- che non sono stati modificati i locali precedentemente autorizzati
- di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso che non consentano l'esercizio o la continuazione dell'attività
- 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
 Nato il a (.....)
 Cittadinanza
 Titolo professionale

Cognome Nome
 Nato il a (.....)
 Cittadinanza
 Titolo professionale

Cognome Nome
 Nato il a (.....)
 Cittadinanza
 Titolo professionale

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

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' – ANTIMAFIA

Il sottoscritto/a
 nato/a a (.....) il
 residente in Comune di (.....)
 Via/Piazza n.
 in relazione al procedimento amministrativo

ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 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 DPR 445/2000

DICHIARA

che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto di decadenza o di sospensione indicate all'art. 67 del D. Lgs. 06/09/2011 n. 159 in materia di comunicazioni e informazioni antimafia;

DICHIARA ALTRESI'

in qualità di legale rappresentante/amministratore della società

.....
con sede legale in Via/P.zza
n., P.IVA/C.F.
iscritta presso la CCIAA di nel Registro delle Imprese al n.

- di non essere a conoscenza che nei confronti della suddetta società sussista alcun provvedimento interdittivo disposto ai sensi della L. 575/65 e successive modifiche e integrazioni;

- di non essere a conoscenza dell'esistenza delle cause di divieto di decadenza o di sospensione indicate all'art. 10 della Legge 31.5.1965 n.575 nei confronti dei soggetti menzionati all'art. 85 del D. Lgs. 159/2011 (amministratori, soci etc.), nominativamente elencati di seguito:

COGNOME E NOME	DATA E LUOGO DI NASCITA	IN QUALITA' DI
----------------	-------------------------	----------------

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

ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

- fotocopia non autenticata documento identità del dichiarante
- fotocopia non autenticata documento identità del direttore tecnico
- copia Atto comprovante la variazione nella compagine sociale
- dichiarazione sostitutiva dati anagrafici, titoli e requisiti professionali (in caso di acquisizione nuovi soci)
- dichiarazione sostitutiva antimafia (art. 67 del D. Lgs. 159/2011);
- eventuale copia degli atti di variazione

..... li

Firma

Firma digitale
ai sensi dell'art. 21 D. Lgs. 82/2005

**ALL. 1/A DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(Nuovo socio)**

Il sottoscritto

Cognome Nome
Data di nascita/...../..... Luogo di nascita
(Prov.) Cittadinanza italiana ovvero
Residente nel Comune di CAP
(Prov.) Via/P.zza n.
Codice Fiscale

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 essere socio della

Società di persone

Società Cooperativa a r.l.

.....
C.F. / P.I. con sede legale in
Via/P.zza n. CAP.....
Tel..... Fax..... E-mail@.....
titolare della Farmacia
con sede inVia/P.zza
n.,

- Di essere Iscritto all'Albo Professionale della Provincia di, al n.
- di aver conseguito l'idoneità al diritto di esercizio della farmacia ai sensi degli artt. 7 e 13 della L.362/91 e art. 12 della L. 475/68 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni;
- di non incorrere in aspetti di incompatibilità nella gestione societaria ai sensi dell'art. 8 della L. n. 362/1991 e dell'art. 13 della L. 475/68 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni;
- di non aver riportato condanne penali né avere procedimenti penali in corso che impediscano l'esercizio dell'attività;

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

..... lì

FIRMA DEL SOCIO

.....
firma autografa accompagnata
da copia del documento d'identità