

Apporre
marca da
bollo



Unione di Comuni
valdarno e valdisieve

Comuni di Londa, Pelago, Pontassieve,
Reggello,
Rufina, San Godenzo

**DOMANDA PER TRASFERIMENTO
DELLA TITOLARIETA' DI
FARMACIA**

**(R.D. 1265/1934, L. n. 36/1991,
L.R. n. 16/2000)**

Versione del Dicembre 2013

Il sottoscritto: Cognome _____ Nome _____

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

Cittadinanza italiana ovvero _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. _____)

Via/P.zza _____ n. _____

In qualità di

Titolare **Legale rappresentante** _____

della

Farmacia Privata

Farmacia Comunale

sita in _____, Via/Piazza _____ n. _____

CAP _____ Tel. _____ Fax _____

E-mail _____ @ _____

Sede farmaceutica n. _____ della pianta organica del Comune di _____

C.Fisc

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

P.IVA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

denominazione o ragione sociale _____

con sede legale ovvero [] amministrativa nel Comune di _____ (Prov.

_____) Via/P.zza _____ n. _____

CAP _____

Iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di _____ al n. _____

Iscrizione al Tribunale di _____ al n. _____ (se prevista)

CHIEDE

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

Sede farmaceutica N. _____ della pianta organica del Comune di _____

con sede in Via/P.zza _____ n. _____ CAP _____

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

- 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 di _____
- 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 dell'art. 8 della L. 362/91 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;
- che ai fini antimafia non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza, o sospensione di cui al D.Lgs. 6-9-2011 n. 159 (requisiti antimafia);
- 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

DICHIARA INOLTRE CHE

- La società è formata dai seguenti soci:

SOCIO 1

Cognome _____ Nome _____

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

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. _____)
Via/P.zza _____ n. _____

SOCIO 2

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ (Prov. ____)

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. _____)
Via/P.zza _____ n. _____

SOCIO 3

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ (Prov. ____)

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. _____)
Via/P.zza _____ n. _____

SOCIO 4

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ (Prov. ____)

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. _____)
Via/P.zza _____ n. _____

- che tutti i soci sono in possesso dei requisiti previsti dalla normativa di legge al diritto di esercizio della farmacia (come da autocertificazione allegata - 1/A)
- che la società è titolare dell'esercizio di non più di quattro farmacie ubicate nella provincia dove ha sede legale
- che la **Direzione della farmacia è affidata** al Dr. _____ in qualità di socio, iscritto all'Albo Professionale della Provincia di _____ al n. _____, che acconsente alla nomina di Direttore della Farmacia

<p>Acconsento alla nomina di Direttore Responsabile della farmacia indicata nella presente istanza</p> <p style="text-align: center;">Firma del Direttore</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;"><i>per accettazione</i></p>

ALLEGA

1. **Atto** che comprovi il titolo di trasferimento della titolarità (o **dichiarazione sostitutiva** di atto di notorietà);
2. **attestazione del versamento dei diritti Suap di € 60,00** sul c/c postale n. 8406236 intestato a “Unione di Comuni Valdarno e Valdisieve”: “L.R. 16/2000 -rilascio autorizzazione per _____ – diritti istruttoria”
3. **Inoltre, in caso di società, per ciascuno dei soci:**
 - 3.a: **documentazione attestante il 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;
oppure
 dichiarazione sostitutiva, di cui all'art. 46 del D.P.R. 445/2000 (all.1/A)
 - 3.b: **dichiarazione** di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso che impediscano l'esercizio dell'attività (All.1/A);
 - 3.c: **dichiarazione** , ai sensi del D.Lgs. 6-9-2011 n. 159 (requisiti antimafia) (All.1/A);
 - 3.d: **documentazione** attestante di non incorrere in aspetti di **incompatibilità nella gestione societaria** ai sensi dell'art. 8 della L. 362/1991 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni;
oppure
 dichiarazione sostitutiva, di cui all'art. 46 del D.P.R. 445/2000 (all.1/A)
4. **Copia del permesso di soggiorno (se cittadino straniero)**
5. altri allegati _____

_____ li _____

Firma del titolare o legale rappresentante

I dati di cui al presente procedimento amministrativo, ivi compresa la presente autorizzazione, sono trattati nel rispetto delle norme sulla tutela della privacy, di cui al Dlgs. 30 giugno 2003 n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 29 luglio 2003, n. 174, S.O.). I dati vengono archiviati e trattati sia in formato cartaceo sia su supporto informatico nel rispetto delle misure minime di sicurezza. L'interessato può esercitare i diritti di cui al citato Codice presentando richiesta direttamente presso lo Sportello Unico delle Attività Produttive.

ALL. 1/A

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

Il sottoscritto Cognome _____ Nome _____
 Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ (Prov. ____)
 Cittadinanza italiana ovvero _____
 Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. _____)
 Via/P.zza _____ n. _____

Codice Fisc

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 in Via/P.zza _____ n. _____ CAP _____,

- 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;
- che ai fini antimafia non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza, o sospensione di cui al D.Lgs. 6-9-2011 n. 159 (requisiti antimafia)

_____ li _____

FIRMA DEL SOCIO¹

I dati di cui al presente procedimento amministrativo, ivi compresa la presente autorizzazione, sono trattati nel rispetto delle norme sulla tutela della privacy, di cui al Dlgs. 30 giugno 2003 n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 29 luglio 2003, n. 174, S.O.). I dati vengono archiviati e trattati sia in formato cartaceo sia su supporto informatico nel rispetto delle misure minime di sicurezza. L'interessato può esercitare i diritti di cui al citato Codice presentando richiesta direttamente presso lo Sportello Unico delle Attività Produttive.