

All'U.O. Assistenza Farmaceutica Territoriale Aziendale

Sede di Ambito _____

Via _____, n. _____

cap _____, _____

azienda@pec.auslromagna.it

**A SEGUITO DELL'ISTANZA PRESENTATA AL COMUNE _____
IN DATA _____ SI COMUNICA RICHIESTA DI TRASFERIMENTO DELLA TITOLARITA' DELLA
FARMACIA**

Il sottoscritto Cognome _____ Nome _____

Nato/a il ____/____/____, a _____ (Prov. _____)

Cittadinanza _____

Codice Fiscale _____

Residenza Comune di _____ Cap _____ (Prov _____)

Via/Piazza _____ n° _____

Tel _____ Cell _____ Fax _____

Email _____ PEC _____

Titolare dell'impresa individuale Legale rappresentante della Società

Codice Fiscale _____ P.Iva _____

Denominazione o Ragione Sociale della ditta _____

Sede legale Comune _____ (Prov _____)

Via/Piazza _____ n° _____ cap _____

Tel. _____ Cell _____ Fax _____

Email _____ PEC _____

Iscritta al registro delle Imprese della C.C.I.A.A. di _____ n° _____

Farmacia Denominazione _____

sita nel Comune di _____ (Prov _____)

Via / Piazza _____ n° _____

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

Ha chiesto il subingresso nella titolarità dell'esercizio nella Farmacia

di cui all'autorizzazione rilasciata dal Comune di _____ (Prov _____)
atto n° _____ del ____/____/____, intestata a _____
sede farmaceutica num _____ della pianta organica del Comune di _____
(Prov _____) con sede in Via/Piazza _____ n° _____ cap _____

A tal fine, si allega la seguente documentazione nella forma di autodichiarazioni o certificazioni:

- copia conforme dell'atto di compravendita;
- laurea, abilitazione, iscrizione albo professionale (per i farmacisti);
- casellario giudiziale;
- antimafia;
- carichi pendenti;
- idoneità all'esercizio della professione o di pratica professionale (in caso di impresa individuale);
- dati anagrafici (nascita, residenza, cittadinanza, godimento dei diritti politici e civili);
- Stato di Famiglia;
- Documento di riconoscimento in corso di validità;
- Non essere nelle condizioni di incompatibilità professionale previste dalla legge (compilare allegato A (impresa individuale) o B (in caso di società) e C (per soci non Farmacisti);
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio da parte del cedente che sono decorsi più di tre anni dal rilascio dell'autorizzazione all'apertura e da parte dell'acquirente che non ha mai acquistato né ceduto farmacie (non in caso di società).

Nel caso di società i documenti, di cui in precedenza, devono essere presentati da ognuno dei soci ed, inoltre, è necessaria l'ulteriore presentazione di:

- Atto costitutivo della Società;
- Iscrizione della Società nel registro delle Imprese.

In caso di società di persone

DICHIARA CHE

la società è formata dai seguenti soci:

SOCIO 1

Cognome _____ Nome _____

Nato il ___/___/___ a _____

Codice Fiscale _____

Residente nel Comune di _____ (Prov___)

Via /Piazza _____ n° _____ cap _____

SOCIO 2

Cognome _____ Nome _____

Nato il ___/___/___ a _____

Codice Fiscale _____

Residente nel Comune di _____ (Prov___)

Via /Piazza _____ n° _____ cap _____

SOCIO 3

Cognome _____ Nome _____

Nato il ___/___/___ a _____

Codice Fiscale _____

Residente nel Comune di _____ (Prov___)

Via /Piazza _____ n° _____ cap _____

SOCIO 4

Cognome _____ Nome _____

Nato il ___/___/___ a _____

Codice Fiscale _____

Residente nel Comune di _____ (Prov___)

Via /Piazza _____ n° _____ cap _____

- che tutti i soci sono in possesso dei requisiti previsti dalla normativa di legge al diritto di esercizio della farmacia (compilare autocertificazione allegato D);

- che i soci concordano nell'affidare la Direzione della Farmacia al dott

_____ nato il ___/___/___ a _____ (Prov _____)

cittadinanza _____, codice fiscale _____

Residenza nel Comune di _____ (Prov) _____,

via/Piazza _____, n° _____, cap _____

di essere iscritto all'Albo professionale della Provincia di _____ a seguito di laurea in _____ conseguita presso l'Università di _____ il ___/___/___

di aver ottenuto l'Abilitazione il ___/___/___ presso _____

di avere altresì acquisito l'idoneità al diritto di esercizio della professione.

Il Direttore della Farmacia, così individuato accetta la nomina

Firma del direttore
(per accettazione della nomina)

Data,

FIRMA
(dell'istante)

Allegato A

AUTOCERTIFICAZIONE INCOMPATIBILITA' (IMPRESA INDIVIDUALE)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il ___/___/___

Residente a _____, (Prov _____), in via _____

n° _____, cap _____

Consapevole delle conseguenze e delle sanzioni penali previste dagli artt 75 e 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- a) di non esercitare la professione medica o altra attività nel settore della produzione del farmaco o dell'informazione scientifica del farmaco;
- b) di non essere titolare, gestore provvisorio, direttore o collaboratore di altra farmacia;
- c) di non avere alcun rapporto di lavoro pubblico o privato;
- d) di non incorrere in altri aspetti di incompatibilità previsti dalla normativa vigente (vedi L. 362/1991 – L. 475/1998 – L. 892/1984, L 248 /2006 - L 124/2017 e loro ss.mm e ii.);
- e) in caso di incompatibilità di cui ai punti b) e c): di aver rinunciato
 - all'impiego tramite le dimissioni di cui se ne allega copia
 - alla titolarità della farmacia _____, con lettera del ___/___/___, notificata alla AUSL di competenza (ex art 112 D.R. 1265 del 27.07.1934) di cui se ne allega copia.

Data _____

Firma _____

(allegare copia F/R documento di identità)

Allegato B

AUTOCERTIFICAZIONE INCOMPATIBILITA' (SOCIETA')

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il ___/___/___

Residente a _____, (Prov _____), in via _____

n° _____, cap _____

Consapevole delle conseguenze e delle sanzioni penali previste dagli artt 75 e 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

a) di non esercitare la professione medica o altra attività nel settore della produzione del farmaco o dell'informazione scientifica del farmaco;

b) di non essere titolare, gestore provvisorio, direttore o collaboratore di altra farmacia;

c) di non avere alcun rapporto di lavoro pubblico o privato;

d) di non incorrere in altri aspetti di incompatibilità previsti dalla normativa vigente (vedi L. 362/1991 – L. 475/1998 – L. 892/1984, L 248 /2006 - L 124/2017 e loro ss.mm e ii.);

e) in caso di incompatibilità di cui ai punti b) e c), di aver rinunciato

◦ all'impiego tramite le dimissioni di cui se ne allega copia

◦ alla titolarità della farmacia _____, con lettera del

___/___/___, notificata alla AUSL di competenza (ex art 112 D.R. 1265 del 27.07.1934) di cui se ne allega copia;

f) di non far parte di altre Società di gestione Farmacie

oppure

di far parte delle seguenti Società di gestione Farmacie

Società _____ con sede legale in _____

Titolare della Farmacia _____ in qualità di _____

Società _____ con sede legale in _____

Titolare della Farmacia _____ in qualità di _____

Data _____

Firma _____

(allegare copia F/R documento di identità)

Allegato C

AUTOCERTIFICAZIONE INCOMPATIBILITA' (SOCI NON FARMACISTI)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il ___/___/___

Residente a _____, (Prov _____), in via _____

n° _____, cap _____

consapevole delle conseguenze e delle sanzioni penali previste dagli artt 75 e 76 del DPR 445/2000
in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- a) di non esercitare la professione medica o altra attività nel settore della produzione del farmaco o dell'informazione scientifica del farmaco;
- b) di non incorrere in altri aspetti di incompatibilità previsti dalla normativa vigente (vedi L. 362/1991 – L. 475/1998 – L. 892/1984, L 248 /2006 - L 124/2017 e loro ss.mm e ii.).

Data _____

Firma _____

(allegare copia F/R documento di identità)

Allegato D

AUTOCERTIFICAZIONE REQUISITI DIRITTO ESERCIZIO DELLA FARMACIA

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il ___/___/___, Cittadinanza _____

Codice Fiscale _____

Residente a _____, (Prov _____), in via _____

n° _____, cap _____, tel _____, Cell _____

Email _____, PEC _____

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

In qualità di Socio della Società _____

con sede in _____ (Prov _____)

Via/Piazza _____, n° _____, cap _____

Tel _____, fax _____, email _____

PEC _____

Denominazione della Farmacia _____

Di cui all'autorizzazione rilasciata da Ente _____

atto numero _____ del ___/___/___

intestata a _____, con sede in _____ (Prov _____)

Via/Piazza _____, n° _____, cap _____

DICHIARA

- di essere iscritto all'Albo professionale della Provincia di _____ a seguito di laurea in _____ conseguita presso l'Università di _____ il ___/___/___ (solo per Farmacista);
- di non incorrere in aspetti di incompatibilità previsti dalla normativa vigente (vedi L. 362/1991 – L. 475/1998 – L. 892/1984, L 248 /2006 - L 124/2017 e loro ss.mm e ii.);
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della normativa vigente, ovvero di avere

riportato condanne penali per le seguenti fattispecie di reato_____;

- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali in corso, ovvero di essere parte dei seguenti procedimenti penali _____;
- che nei propri confronti non sussistono cause di divieto, sospensione o decadenza previste dall'art 67 DLGS 159/2011 (cod Antimafia).

Data _____

Firma _____

(allegare copia F/R documento di identità)