

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 VARIAZIONE COMPAGINE SOCIALE DELLA FARMACIA**

Il sottoscritto Cognome _____ Nome _____

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

Cittadinanza _____

Codice Fiscale _____

Residenza Comune di _____ Cap _____ (Prov _____)

Via/Piazza _____ n° _____

in qualità di

- LEGALE RAPPRESENTANTE
- AMMINISTRATORE UNICO

della Società _____ con sede in _____ (Prov _____)

via _____ n° _____ cap _____

P.Iva _____ Codice Fiscale _____

Titolare della Farmacia _____

Sede farmaceutica n° _____ della Pianta Organica del Comune di _____

COMUNICA

La variazione della compagine sociale della Società: _____

P.Iva _____ Cod Fiscale _____

RIPORTARE LE MODIFICHE INTERVENUTE:

Comunica inoltre che la Direzione

- continuerà ad essere affidata al/alla dott./Dott.ssa _____
- sarà affidata al Dott./Dott.ssa _____

Che la Farmacia funzionerà sotto la denominazione:

A tal fine si allega la seguente documentazione:

- Copia Conforme dell'atto di trasferimento delle quote sociali con numero di registro e deposito presso C.C.I.A.A.;
- Dichiarazione di accettazione incarico Direttore farmacia (se cambiato);
- Copia documento di riconoscimento del dichiarante.

Documentazione da produrre per ciascun socio:

- dichiarazione sostitutiva di atto notorio atta a comprovare per il dichiarante l'assenza di situazioni di incompatibilità secondo la normativa vigente;
- per il socio farmacista dichiarazione sostitutiva di certificazione atta a comprovare l'iscrizione all'Albo provinciale dei farmacisti con estremi di Laurea ed Abilitazione, la residenza ed il cod fiscale;
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione penale;
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione antimafia;
- Copia documento di riconoscimento di ogni socio persona fisica;
- Copia visura camerale per ogni nuovo socio persona giuridica;
- Per il socio non farmacista compilare allegato A.

Data _____

Firma _____

(allegare copia F/R documento di identità)

Allegato A

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)