

All'U.O. Assistenza Farmaceutica Territoriale Aziendale

Sede di Ambito \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

cap \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

[azienda@pec.auslromagna.it](mailto: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)*