

**Al Direttore
della UOC Farmacia Territoriale**

**ASP ENNA
Viale A. Diaz, n. 7
94100 ENNA**

OGGETTO: TRASFORMAZIONE DI SOCIETÀ TITOLARE DI FARMACIA.

Il/La sottoscritto/a Dr./ Dr.ssa _____
nato/a a _____ (____) il _____, in qualità di Legale
rappresentante della società (indicare la ragione sociale)

Sede legale _____

P. IVA/Codice Fiscale _____

comunica che la società titolare di farmacia (indicare la vecchia ragione sociale)

sede n. _____ del Comune _____ (____) ubicata in via/piazza
_____ si è trasformata in società _____

con la seguente denominazione _____

e pertanto

CHIEDE DI PRENDERNE ATTO

A tal fine, il/la sottoscritto/a Dr/ Dr.ssa allega la documentazione di seguito indicata e comunica che la
conduzione tecnico-professionale della farmacia

rimane in capo al/alla Dr./Dr.ssa _____

viene affidata al/alla Dr./Dr.ssa _____

nato/a a _____ (____) il _____

codice fiscale _____

iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti di _____ al n. _____
che è in possesso del requisito d'idoneità, previsto dall'art. 12 della L. 475/1968, e che formalmente
accetta.

Firma del direttore responsabile per accettazione _____

Lo/a scrivente dichiara di avere preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, rese
ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 679/2016 e ss. mm. ii.

Data, _____

Firma del Legale rappresentante _____

NOTA BENE:

L'istanza, indirizzata all'UOC Farmacia Territoriale e completa di allegati, può essere:

- consegnata in originale cartaceo al Protocollo Generale dell'ASP di Enna, con sede in Viale A. Diaz n. 7;
- spedita a mezzo posta ordinaria (può essere anticipata via Posta Elettronica Certificata, al seguente indirizzo PEC: protocollo.generale@pec.asp.enna.it ma devono seguire necessariamente gli originali con firme olografe)
- inviata come documento informatico firmato digitalmente e con bollo assolto in modalità virtuale tramite PEC a protocollo.generale@pec.asp.enna.it

Segue l'elenco degli allegati.

ELENCO ALLEGATI:

- Originale o copia conforme dell'atto di trasformazione della società con estremi di registrazione (oggetto sociale esclusivo gestione farmacie) oppure documento informatico sottoscritto digitalmente
- Autocertificazione di non incompatibilità dei soci rispetto agli artt. 7 e 8 della L. 362/91 (non esercita attività di produzione ed informazione scientifica del farmaco, non esercita la professione medica, non è titolare, nè gestore provvisorio, nè direttore, nè collaboratore di altra farmacia, non ha rapporti di lavoro pubblico o privato) completa di copia documento d'identità – Allegato 1
- Antimafia soci e dei familiari conviventi maggiorenni e degli amministratori, nonchè del direttore responsabile, se non è uno dei soci, completa di copia documento d'identità – Allegato 2
- autocertificazione del casellario giudiziale dei soci e degli amministratori completa di copia documento d'identità – Allegato 3
- Autocertificazione, da parte del direttore, del codice fiscale, del Casellario giudiziale e dei requisiti di idoneità (laurea e abilitazione, numero e data iscrizione all'Albo dei Farmacisti, idoneità prevista dall'articolo 12 della legge 2 aprile 1968, n. 475: biennio pratica professionale/idoneità a concorso), completa di copia documento d'identità – Allegato 4
- Dichiarazione del legale rappresentante che la società controlla direttamente o indirettamente, ai sensi degli articoli 2359 e seguenti del codice civile, non più del 20 per cento delle farmacie esistenti nel territorio della medesima regione, ai sensi dell'art. 1 comma 158 L. 124/2017 – Allegato 5
- Visura camerale o Dichiarazione sostitutiva del certificato di iscrizione alla camera di commercio, industria, artigianato e agricoltura

PUO' ESSERE ALLEGATA UNA SOLA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO PER TUTTE LE AUTOCERTIFICAZIONI PRESENTATE DAL MEDESIMO SOGGETTO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO – art. 47 DPR 445/2000 e s.m.i.
assenza di incompatibilità ex artt. 7 e 8 L. 362/91

(da compilarsi a cura di ogni socio)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il _____, residente a
_____ (____) in Via/Piazza _____
consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai
benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000 e s.m.i.),
sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di non esplicare attività nel settore della produzione ed informazione scientifica del farmaco;
- di non esercitare la professione medica;
- di non essere titolare, né gestore provvisorio di farmacia, né direttore responsabile o collaboratore presso altra farmacia;
- di non essere in rapporto di lavoro subordinato con enti pubblici o privati;

Dichiaro di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, rese ai sensi dell'art. 13 Reg. UE 679/2016 e contenute nel relativo documento, allegato al presente modulo.

Luogo e data _____

Si allega fotocopia documento d'identità

Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO – art. 47 DPR 445/2000 e s.m.i.
(da compilarsi a cura di ogni socio e, se trattasi di società di capitali, anche dei familiari conviventi maggiorenni e degli amministratori, nonché del direttore responsabile, se non è uno dei soci)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (___) il _____
residente a _____ (___)
in Via/Piazza _____ n. _____
Codice Fiscale _____ consapevole delle sanzioni
penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente
conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000 e s.m.i.), sotto la propria
responsabilità

DICHIARA

- che, ai sensi dell'art. 89 del D.Lgs n. 159/2011 e s.m.i., nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del D.Lgs n. 159 e s.m.i.;

Dichiaro di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, rese ai sensi dell'art. 13 Reg. UE 679/2016 e contenute nel relativo documento, allegato al presente modulo.

Luogo e data _____

Si allega fotocopia documento d'identità

Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI – art. 46 DPR 445/2000 e s.m.i.
(da compilarsi a cura di ogni socio)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (___) il _____
residente a _____ (___)
in Via/Piazza _____ n. _____
Codice Fiscale _____ consapevole delle sanzioni
penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente
conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000 e s.m.i.), sotto la propria
responsabilità

DICHIARA

- di non avere mai riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali.

Dichiaro di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, rese ai sensi dell'art. 13 Reg. UE 679/2016 e contenute nel relativo documento, allegato al presente modulo.

Luogo e data _____

Si allega fotocopia documento d'identità

Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI – art. 46 DPR 445/2000 e s.m.i.
(da compilarsi a cura del farmacista direttore)

Il/la sottoscritto/a Dr/Dr.ssa _____
nato/a a _____ (___) il _____, residente a
_____ (___) in Via/Piazza _____
consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai
benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000 e s.m.i.),
sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di essere in possesso della Laurea in _____ conseguita presso
l'Università di _____ in data _____
- di essere abilitato all'esercizio della professione di _____
avendo superato l'esame di stato presso l'Università di _____
nell'anno _____
- di essere farmacista iscritto/a all'Albo dei Farmacisti di
_____ dal _____
al n° _____;
- di essere in possesso del requisito di idoneità previsto dall'art. 12 L. 475/1968 e precisamente:
 - di aver maturato il biennio di pratica professionale presso la/le farmacia/e
_____ comune _____;
_____ comune _____;
 - di aver conseguito l'idoneità in un concorso a sedi farmaceutiche – concorso della Regione
_____ anno _____.
- di non avere mai riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che
riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di
provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- che il proprio codice fiscale è _____

Dichiaro di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, rese ai sensi dell'art. 13 Reg. UE 679/2016 e contenute
nel relativo documento, allegato al presente modulo.

Luogo e data _____

Si allega fotocopia documento d'identità

Firma del farmacista direttore _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO – art. 47 DPR 445/2000 e s.m.i.
(da compilarsi a cura del legale rappresentante)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (___) il _____, residente a
_____ (___) in Via/Piazza _____
in qualità di legale rappresentante della società (indicare la ragione sociale)

Sede legale _____

P.IVA/Codice fiscale _____

DICHIARA

che la suddetta società controlla direttamente o indirettamente, ai sensi degli articoli 2359 e seguenti del Codice Civile, non più del 20 per cento delle farmacie esistenti nel territorio della medesima regione, ai sensi dell'art. 1 comma 158 L. 124/2017

Dichiaro di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, rese ai sensi dell'art. 13 Reg. UE 679/2016 e contenute nel relativo documento, allegato al presente modulo.

Luogo e data _____

Si allega fotocopia documento d'identità

Firma del legale rappresentante _____