



Modulo 9/FF/SS Vigilanza – Facsimile modulo per autorizzazione trasferimento titolarità da persona fisica a società di persone (art. 7 L. 362/91);

Alla c.a. Dirigente della
S.S. Vigilanza sulla Erogazione della Assistenza
Farmaceutica
presso
SC ASSISTENZA FARMACEUTICA
Assistenza Farmaceutica Territoriale
Strada della Rosandra, 24 34143 – TRIESTE

modalità invio: Raccomandata A.R./Nota via PEC/Notifica a mano

Oggetto: Istanza per l'autorizzazione trasferimento titolarità alla società di persone (art. 7 L. 362/91);

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____ C.F. _____
nato/a _____ il _____ e residente a
_____ in Via _____ n. _____

Recapito Tel: _____ consapevole che la validità
dell'atto è sottoposta ex lege al verificarsi della condizione sospensiva non retroattiva
del riconoscimento del trasferimento del diritto di esercizio della Farmacia e della
connessa Azienda ai sensi dell'art. 12, 3 ° comma della L. 475/68 e s.m.i

CHIEDE

l'autorizzazione a seguito di provvedimento di riconoscimento della titolarità della
farmacia _____ a nome della Società _____
con sede legale a _____ in Via _____

CHIEDE

A tal fine, avvalendosi della facoltà di cui all'art. 47 del D.P.R. n.445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, della decadenza dal beneficio prevista dall'art. 75, in caso di dichiarazioni mendaci, e di quanto disposto dall'art. 495 del C.P., sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- che, unitamente al diritto di esercizio, viene trasferita anche, ai sensi dell'art. 12 comma 11 della Legge 475/1968, l'azienda commerciale che vi è connessa;
- che la farmacia funzionerà con la denominazione Farmacia "

con la seguente ragione sociale (nuova denominazione come registrata presso l'Agenzia delle Entrate): _____ P. IVA/Cod./Codice _____ Fisc. _____ coordinate bancarie _____

- ~~che la~~ funzione di Direttore Tecnico Responsabile sarà ricoperta dal dr./dr.ssa _____ nato/a _____ a _____ residente a _____ il _____ e _____ in _____ Via _____ N° _____ e che _____

NB. ogni socio deve dichiarare quanto segue:

DICHIARA

1. di essere iscritto all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di _____ in data _____ al numero _____;
2. che non vi sono incompatibilità ai sensi dell'art. 8 della Legge 362/81;
3. che ha conseguito l'idoneità alla titolarità prevista;
4. che gode dei diritti civili e politici ed ha la cittadinanza italiana;
5. che non ha riportato condanne penali, non è coinvolto in carichi pendenti né ha sentenze definitive o non definitive, né procedimenti in corso in riferimento al D.P.R. 252/1998 (certificato antimafia).

ALLEGARE ALLA PRESENTE ISTANZA:

- Copia conforme dell'atto notarile registrato relativo alla costituzione di società;
- Autocertificazione possesso titoli per esercizio professione farmacista (art. 46 T.U. – D.P.R. 445/2000) (Mod.10/FF/SS VIGILANZA);
- Autocertificazione possesso requisiti per idoneità titolarità di farmacia (Mod.11/FF/SS VIGILANZA);
- Dichiarazione sostitutiva attestante assenza cause di divieto, decadenza o sospensione di cui alla normativa antimafia (Mod.12/FF/SS VIGILANZA);
- Dichiarazione sostitutiva che la Società non gestisce più di 4 Farmacie;
- Fotocopia della comunicazione Partita IVA della nuova società;
- Fotocopia del documento di riconoscimento di tutti i soci

(luogo e data)

Il/la richiedente*

(firma per esteso e leggibile)

**se la firma non viene apposta in presenza del dipendente addetto, occorre allegare una fotocopia di un documento d'identità (art. 38 co. 3 D.P.R. n. 445/2000)*

INFORMATIVA ALL'INTERESSATO AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. LGS. N. 196/2003

Si informa che i dati personali acquisiti nell'ambito del presente procedimento saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali, anche con l'ausilio di mezzi informatici. Il loro conferimento ha natura obbligatoria in quanto la mancanza comporta il mancato accoglimento della domanda.

Eventuali comunicazioni ad altri soggetti saranno effettuate solo se previste da norme di legge o necessarie per fini istituzionali.

L'interessato potrà esercitare in ogni momento i diritti riconosciutigli dall'art. 7 del D. Lgs. n. 196/2003.

Titolare del trattamento è l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina, Responsabile del Trattamento è il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina

SEGNALAZIONE RELATIVAMENTE AI CONTROLLI AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000

Si informa che relativamente a quanto dichiarato potranno essere effettuati controlli da parte dell'Azienda secondo quanto previsto dal D.P.R. 445/2000 e s.m.i.