

Marca da bollo
da € 16,00

Al Direttore Generale
Alla S.C. Farmacia – Farmacia Territoriale
dell’Azienda U.S.L. Valle d’Aosta
protocollo@pec.ausl.vda.it

OGGETTO: Comunicazione modifiche statuto, compagine sociale e quote sociali di Società titolare di Farmacia, variazione di direzione tecnica - sede farmaceutica _____
(indicare la ragione sociale)

Dati del Legale Rappresentante della Società cessionaria:

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a a _____ Prov. (___) il _____ residente in Via _____
N. _____ del Comune di _____ C.A.P. _____
legale rappresentante della Società _____
(indicare la ragione sociale)
a cui afferisce la _____
(indicare la ragione sociale della sede farmaceutica)

Dati relativi alla Società cessionaria:

_____ Sede legale _____
(indicare la ragione sociale) (Indirizzo, N. civico, Comune, Prov., CAP)

Partita I.V.A. _____ Telefono _____
Pec _____ e-mail _____

Dati relativi alla Società cedente:

Società _____ Codice regionale n. _____
(indicare la ragione sociale della sede farmaceutica)
sita in Via/Fraz. _____ N. _____ del Comune di _____ C.A.P. _____
Partita I.V.A. _____ Telefono _____
Pec _____ e-mail _____

COMUNICA

che, CON DECORRENZA DAL _____ è/sono intervenuta/e la/le seguente/i variazione/i:

- vengono cedute o sono variate le quote societarie;
- è cambiata la compagine sociale (sono entrati nuovi soci/sono usciti vecchi soci);
- è stato modificato lo statuto societario;
- viene variata la direzione tecnica
- Altro _____

della farmacia rurale/Società _____ Codice regionale n. _____
(indicare la ragione sociale della sede farmaceutica)
come da atto notarile del notaio _____ allegato.

COMUNICA

che la direzione tecnica della farmacia _____ sita nel Comune di _____ Prov. (___)
viene affidata al/alla Dott./Dott.ssa _____ nato/a a _____ Prov. (___)
il _____ C.F. _____

Il direttore tecnico dichiara di essere in possesso di tutti i requisiti di legge previsti e di assumersi tutte le responsabilità inerenti l’incarico, come da allegati alla presente domanda, firmati e datati, comprensivi di copia del codice fiscale e di un documento d’identità.

FIRMA PER ACCETTAZIONE DELLA DIREZIONE DELLA FARMACIA

Ai sensi dell’art. 38 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. l’istanza è sottoscritta dall’interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d’identità del sottoscrittore, all’ufficio competente, tramite incaricato o a mezzo posta. Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 13 del D.Lvo n. 196/2003, così come modificato dal D.Lgs n. 101/2018 e dal Regolamento UE 679/2016 (GDPR), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Si informa che il trattamento dei dati personali sarà improntato a liceità e correttezza nel pieno rispetto di quanto stabilito dalla citata normativa e dei relativi obblighi di riservatezza. Sono fatti salvi, in ogni caso, i diritti di cui agli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679. Si precisa che l’informativa al trattamento dei dati dell’Azienda U.S.L. Valle d’Aosta è pubblicata in forma completa sul sito www.ausl.vda.it, nella sezione Privacy.

A tal fine si allega la seguente **documentazione**:

- Originale o copia conforme dell'atto notarile, riportante gli estremi di registrazione (oggetto sociale esclusivo gestione farmacie); la copia conforme può essere in forma di documento informatico sottoscritto digitalmente dal notaio;
- Copia dell'atto costitutivo della Società cessionaria;
- Certificato di iscrizione alla Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura (Visura camerale aggiornata Registro imprese);
- Scheda anagrafica farmacia;

Per ciascun **socio**:

- Dichiarazione sostitutiva di certificazione, comprovante la cittadinanza, la propria posizione nei confronti del casellario giudiziale e carichi pendenti;
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio atta a comprovare l'assenza di situazioni di incompatibilità;
- Dichiarazione antimafia;
- Fotocopia di un documento di identità e del codice fiscale;

Per il **direttore tecnico**:

- Autocertificazione possesso titoli per esercizio professione farmacista (Modello MA 52 UF);
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio atta a comprovare l'assenza di situazioni di incompatibilità;
- Dichiarazione antimafia;
- Fotocopia di un documento di identità e del codice fiscale;

Il/I sottoscritto/i si impegna/no a produrre ulteriore documentazione, qualora richiesta, all'Ufficio competente dell'Azienda U.S.L.

_____ lì _____
(luogo e data)

FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE e SOCI DELLA SOCIETÀ

N.B.: in caso di S.N.C. l'istanza ed i moduli devono essere sottoscritti da tutti i soci appartenenti alla Società.

L'istanza completa di allegati dovrà essere consegnata in originale cartaceo o spedita a mezzo posta ordinaria (può essere anticipata via PEC a protocollo@pec.ausl.vda.it)

A seguito della Legge n. 124/2017, possono essere titolari di una farmacia:

- i farmacisti iscritti all'albo ed in possesso di idoneità professionale;
- le società di persone (cui possono partecipare anche soggetti non farmacisti);
- le società di capitali;
- le società cooperative a responsabilità limitata.

La direzione di una farmacia, anche se gestita da una società, deve essere affidata ad un farmacista.