

Farmacia sita in _____

Via/P.za _____ n. _____

Descrizione per identificazione:

—

—

CHIEDE

L'attivazione dei procedimenti amministrativi, ai sensi e per gli effetti del DPR 447/98 e successive modificazioni ed integrazioni, diretti all'ottenimento dell'atto di

Subingresso nella titolarità dell'esercizio nella Farmacia _____

di cui all'autorizzazione rilasciata da _____ atto N. _____ del _____

intestata a _____

Sede farmaceutica N. _____ della pianta organica del Comune di _____

con sede in Via/P.zza _____ n. _____ CAP _____

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 e la decadenza dai benefici conseguenti

A TAL FINE DICHIARA

- che il trasferimento nella titolarità è avvenuto a seguito di contratto del _____ registrato al N. _____ presso Notaio _____ *(segnalare gli estremi)*;

[] *che il trasferimento è avvenuto a seguito di aggiudicazione con atto n. _____ del _____ rilasciata da _____ (da compilare solo nel caso di cessione della titolarità di farmacie comunali a soggetti privati)*

- che sono decorsi anni ____ *(minimo tre)* dal rilascio dell'autorizzazione *(ultima in ordine di rilascio)* n. _____ del _____ rilasciata da _____
 - che con il rilascio dell'atto di cui al presente procedimento (autorizzazione per subingresso) il sottoscritto risulterà titolare dell'esercizio di una sola farmacia sull'intero territorio nazionale;
 - di essere Iscritto all'Albo Professionale della Provincia di _____
 - di aver conseguito l'idoneità al diritto di esercizio della farmacia ai sensi degli artt. 7 e 13 della L.362/91, art. 12 della L. 475/68 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni;
 - di non incorrere in aspetti di incompatibilità nella gestione societaria ai sensi dell'art. 8 della L.8/11/91 n. 362 e dell'art.13 della L. 475/68 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni;
 - di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso che impediscano l'esercizio dell'attività;
 - che ai fini antimafia non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza, o sospensione di cui all'art. 10 della Legge 575/1965 (requisiti antimafia);
 - di non aver modificato i locali precedentemente autorizzati;
 - di essere consapevole della necessità di attivare ulteriori ed eventuali endo-procedimenti, denunce o notifiche informative prescritte da altre disposizioni normative necessarie ai fini dello svolgimento dell'attività (quali la domanda di concessione o autorizzazione edilizia, le comunicazioni in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro, le richieste di certificati prevenzione incendi, ecc.)
- ◆ che la decorrenza degli effetti economici è dal _____

Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. _____)

Via/P.zza _____ n. _____

Iscritto all'Albo Professionale della Provincia di _____

Che acconsente alla nomina di Direttore della Farmacia

Firma del Direttore

per accettazione

(firma da apporre davanti all'impiegato oppure allegare fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità)

ALLA PRESENTE ISTANZA ALLEGA

Atto che comprovi il titolo di trasferimento della titolarità;

Versamento diritti ASL e diritti SUAP - Informarsi presso il SUAP circa l'entità dei diritti da versare

inoltre, in caso di società

documentazione attestante il diritto di esercizio della farmacia da parte di tutti i soci ai sensi degli artt. 7 e 13 della L.362/91 e art. 13 della L.475/68 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni;

oppure

dichiarazione sostitutiva rilasciata da ciascuno di loro, di cui all'art. 46 del D.P.R. 445/2000 (all.1/A)

documentazione attestante di non incorrere in aspetti di incompatibilità nella gestione societaria ai sensi dell'art. 8 della L.8/11/91 n. 362 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni;

oppure

dichiarazione sostitutiva rilasciata da ciascuno di loro, di cui all'art. 46 del D.P.R. 445/2000 (all.1/A)

dichiarazione di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso che impediscano l'esercizio dell'attività (All.1/A);

dichiarazione , ai sensi del D.Lgs. 490/94 (requisiti antimafia) (All.1/A);

altri allegati _____

INDICAZIONI DELL'ISTITUTO BANCARIO NONCHE' DEL CONTO CORRENTE SUL QUALE ACCREDITARE LE COMPETENZE:

_____ lì _____

Firma del titolare o legale rappresentante

Firma da apporre davanti all'impiegato oppure allegare fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità'.

- che il sottoscritto non ha riportato condanne penali né ha procedimenti penali in corso che impediscano l'esercizio dell'attività;
- che ai fini antimafia non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza, o sospensione di cui all'art. 10 della Legge 575/1965 (requisiti antimafia)

_____ li _____

FIRMA DEL SOCIO

*Firma da apporre davanti all'impiegato
oppure allegare fotocopia del documento
di riconoscimento in corso di validità'.*