

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 19 della L. 241/1990, così come modificato dall'art. 2 c.10. della L. 537/1993,

di voler proseguire l'attività di Farmacia nell'esercizio _____

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. _____

A TAL FINE DICHIARA

Di continuare l'esercizio in via provvisoria sotto la responsabilità del **Direttore tecnico**

Dott. _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____ (Prov. ____)

Cittadinanza _____

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

Via/P.zza _____ n. _____

è 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)*

FARMACIE – AUTOCERTIFICAZIONE ALTRI SOCI

Il sottoscritto Cognome _____ Nome _____
Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ (Prov. ____)
Cittadinanza italiana ovvero _____

Codice Fisc

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. ____)
Via/P.zza _____ n. _____
Tel. _____ cell. _____ Fax _____
E-mail _____ @ _____ [] barrare se certificata

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

In qualità di SOCIO

della Società di persone

Codice Fisc

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 P.IVA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

con sede in Via/P.zza _____ n. _____
CAP _____ Tel. _____ Fax _____ Email _____ @ _____

Denominazione della Farmacia _____

di cui all'autorizzazione rilasciata da _____ atto n. _____ del _____
intestata a _____

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

DICHIARA

- Di essere Socio di una sola Società (*di cui al comma 1, art. 7, L. 8/11/91 n. 362*)
- 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 e 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;
- 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 _____
(luogo) (data)

Il socio

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