I sottoscritti: - Dr./Dr.ssa, nato/a a() e in, cod. fisc, nato/a a; cod. fisc, nato/a a, cod. fisc, nato/a a, cod. fisc, cod. fisc, iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di; - Sig/Si.ra nato/a a	, CAP farmacista e residente, CAP
- Dr./Dr.ssa, nato/a a	, CAP farmacista e residente, CAP
in, cod. fisc, cod. fisc, iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di; Dr./Dr.ssa, nato/a a	, CAP farmacista e residente, CAP
, cod. fisc	farmacista e residente, CAP
iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di; Dr./Dr.ssa, nato/a a() e in, cod. fisc, cod. fisc, iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di; Sig/Si.ra nato/a a(e residente , CAP
in alla Via/Piazza, cod. fisc, iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di; - Sig/Si.ra nato/a a(, CAP
in alla Via/Piazza, cod. fisc, iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di; - Sig/Si.ra nato/a a(, CAP
iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di; - Sig/Si.ra	_
iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di; - Sig/Si.ra	farmacista
dente in alla Via/Piazza, cod. fisc, - Sig/Si.ra nato/a a (_ dente in, cod. fisc, cod. fisc, essendo in possesso dei prescritti requisiti di legge, in qualità di soci della neocostitui	
dente in alla Via/Piazza, cod. fisc, - Sig/Si.ra nato/a a (_ dente in, cod. fisc, cod. fisc, essendo in possesso dei prescritti requisiti di legge, in qualità di soci della neocostitui) e resi-
- Sig/Si.ra nato/a a (_ dente in alla Via/Piazza, cod. fisc, essendo in possesso dei prescritti requisiti di legge, in qualità di soci della neocostitui	, CAP
dente in alla Via/Piazza, cod. fisc, essendo in possesso dei prescritti requisiti di legge, in qualità di soci della neocostitui	
dente in alla Via/Piazza, cod. fisc, essendo in possesso dei prescritti requisiti di legge, in qualità di soci della neocostitui) e resi-
essendo in possesso dei prescritti requisiti di legge, in qualità di soci della neocostitui	, CAP
avente ragione sociale	
	, con sede
in, alla Via,	
CHIEDE/CHIEDONO	
ai sensi e per gli effetti dell'art. 12 della Legge 475/68 e dell'art. 7 della Legge 362/91 e modificazioni, il rilascio del provvedimento di riconoscimento della variazione della sociale della Farmacia	
zio in, alla Via, in favore della n	
ta società "	
direzione tecnica del/della Dr./Dr.ssa	_", con la

Al Sindaco del Comune di

Al Direttore Generale

Via Napoli n. 8 72100 BRINDISI

dell'Azienda Sanitaria Locale BR

A tal fine, i sottoscritti allegano alla presente istanza:

- copia autentica dell'atto di modifica dell'atto costitutivo di società;
- dichiarazione sostitutiva di certificazione e contestuale dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà per ciascuno dei soci (modello per farmacista o non farmacista);
- dichiarazione sostitutiva di certificazione e contestuale dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà per quote societarie dei soci farmacisti;
- atto di nomina del direttore tecnico;
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà del direttore tecnico socio;
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà del direttore tecnico non socio;
- richiesta convenzionamento farmacia;
- copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale di ciascuno dei soci.

I sottoscritti chiedono che ogni comunicazione relativa a l'istanza sia effettuata al seguente indirizzo: (cognome e nome) (recapito civico)					
(recapito telefonico)(pec)					
(рес)					
I sottoscritti sono informati ed autorizzano, ai sensi del D rizzo al trattamento dei propri dati personali ai fini degli della procedura in oggetto.	_				
Luogo e data					
	Firma				
Dr./Dr.ssa					
Dr./Dr.ssa					

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E CONTESTUALE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' PER SOCI FARMACISTI

(artt. 46 e 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

Il sottoscritto	, nato a	il	e re-
sidente in	alla via	La cha in casa di d	, COO. TISC.
mendaci sarà punito ai sensi 445/2000) e che, inoltre, qualo di taluna delle dichiarazioni re mento emanato sulla base della	ora dal controllo effettuato er ese, decadrà dai benefici eve	ggi speciali in mate merga la non verid Intualmente conseg	eria (art. 76 D.P.R. icità del contenuto guenti al provvedi-
	DICHIARA		
sotto la propria responsabilità (quanto segue:		
 di essere nato/a a 	ilil		
 di essere residente in 	, alla Via/Pia	[,] azza	
 di essere attributario/a del 	codice fiscale sopra riportato;		
 di essere in possesso della d 		'	
 di godere dei diritti politici; 			
, ,	anne penali e di non aver proc	edimenti penali in (corso;
	Diploma di Laurea in Farmacia		
	degli Studi di		
 di essere in possesso dell'a 	abilitazione all'esercizio della	professione di farn	nacista, conseguita
presso	, in data _	;	
• di essere iscritto/a all'Ord	dine dei Farmacisti della Pro	ovincia di	dal
al n			
	zioni di incompatibilità previs		
	/1991, come modificato dall'a	irt. 1 comma 157 e	e comma 160 della
Legge 124/2017;			
_	ostative al rilascio del richiest	to provvedimento a	ai sensi della vigen-
te legislazione c.d. antimafi	,		
 di possedere l'idoneità fisic 	d.		
Ai fini della verifica dell'auten proprio documento d'identità.	nticità della firma allega alla	presente dichiaraz	ione fotocopia del
Luogo e data			
		firma	

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E CONTESTUALE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' PER SOCI NON FARMACISTI

(artt. 46 e 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

Il sottoscritto	, nato a alla Via	il	e re-
sidente in	alla Via		, cod. fisc.
mendaci sarà punito ai ser 445/2000) e che, inoltre, qu di taluna delle dichiarazion	, consapevolonsi del codice penale e delle legualora dal controllo effettuato en i rese, decadrà dai benefici evendella dichiarazione non veritiera (a	e che in caso di di ggi speciali in mate merga la non veridi ntualmente conseg	chiarazioni false o eria (art. 76 D.P.R. cità del contenuto guenti al provvedi-
	DICHIARA		
sotto la propria responsabili	tà quanto segue:		
 di essere attributario/a di essere in possesso del di godere dei diritti polit di non aver riportato cor di non trovarsi nelle cor dall'art. 8 della Legge 30 Legge 124/2017; 		edimenti penali in c te dall'art. 13 della ert. 1 comma 157 e	corso; Legge 475/1968 e e comma 160 della
te legislazione c.d. antim Ai fini della verifica dell'au proprio documento d'identi Luogo e data	tenticità della firma allega alla _l tà.	presente dichiarazi firma	one fotocopia del
		firma	

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E CONTESTUALE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' SOLO PER I SOCI FARMACISTI

(artt. 46 e 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

	, nato a		
	alla Via		
	, consapevole	e che in caso di di	chiarazioni false o
mendaci sarà punito ai ser	nsi del codice penale e delle legg	gi speciali in mate	ria (art. 76 D.P.R.
	ualora dal controllo effettuato em	_	
	i rese, decadrà dai benefici even	_	•
mento emanato sulla base o	della dichiarazione non veritiera (a	ırt. 75 D.P.R. 445/2	000),
	DICHIARA		
sotto la propria responsabil	ità quanto segue:		
	sta, con quote societarie unicame		_
ciale di "			con
seae in	alla via		n.
C.F. / P. IVA			
C.I. / I. IVA			
oppure			
di accora Cacia Farmacia	ta, con quote Societarie nelle seg	wanti Saciatà catta	a la ragione sociale
di:	ita, con quote societane nene seg	denti societa sotto	ia ragione sociale
			" con sede
in	alla via		n.
b) "			" con sede
	alla via		
C.F. / P. IVA			
	e (barrare con x la casella interess	ata):	
☐ ha funzioni di Dir			
□ svolge attività pro	ofessionale presso la Farmacia		
·			
Ai fini della verifica dell'au proprio documento d'identi	tenticità della firma allega alla p tà.	presente dichiarazi	one fotocopia del
Luogo e data			
<u></u>		firma	
		·	

ATTO DI NOMINA DEL DIRETTORE

II/La/I sottoscritto/a/i		
Dr./Dr.ssa/Sig/Sig.ra		
Nato/a a		il
Residente a		
Tel	e-mail	
Codice fiscale		
Dr./Dr.ssa/Sig/Sig.ra		
Nato/a a		ili
Tel.	e-mail	
Dr./Dr.ssa/Sig/Sig.ra		
Nato/a a		il
Residente a		
Tel	e-mail	
nella qualità di legale/i	rappresentante/i della Società, sotto la ragione s	sociale
	ia/corso/piazza	
Codice fiscale	P. IVA	
con oggetto la gestione	e della Farma-	
cia	-	
auale DIRETTORE RESD	NOMINA/NOMINANO PONSABILE della sopra citata farmacia il/la Dott./	Dott ssa
che firma in calce.		
Data	Firma del legale/i rappresentante/i	

Data Firma del farmacista per accettazione della direzione della farmacia

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' PER DIRETTORE DI FARMACIA-SOCIO

(artt.46, 47 e 19 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

П	sottoscritto			, nato	a	il
		e residente in		, nato alla Via _		,
de tua fic	nsapevole che in o lle leggi speciali ir ato emerga la non i eventualmente c iera (art. 75 D.P.R.	caso di dichiara n materia (art. 7 n veridicità del c conseguenti al p	azioni false o mer 76 D.P.R. 445/200 contenuto di talu	ndaci sarà punito a 00) e che, inoltre, na delle dichiarazi	ai sensi del cod qualora dal con oni rese, decad	ice penale e ntrollo effet- Irà dai bene-
			DICHIAR	A		
so	tto la propria resp	onsabilità in qu	alità di direttore	tecnico:		
	in qualità di	·	, presso l	orofessionale/ovve la Farmacia		con sede in
	d:	, alla via		dal l'idoneità	aı	
	0 01	aver		i idoneita	tramite	concor-
	 di non trovari e dall'art. 8 della Legge 1 di garantire u in altre farma 	si nelle condizio della Legge 362 24/2017; ina presenza pio	oni di incompatib 2/1991, come mo ena e ininterrotta	, ilità previste dall'a dificato dall'art. 1 a (orario full time)	comma 157 e	comma 160
	fini della verifica oprio documento (à della firma alle	ega alla presente	dichiarazione f	otocopia del
Lu	ogo e data		-			
				firma		

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' PER DIRETTORE DI FARMACIA NON SOCIO

(artt. 46, 47 e 19 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

II/La	sottoscritto/a	e residente ir	1	, nato/ alla Via	a a	il
delle tuato fici e ritier	apevole che in leggi speciali o emerga la no ventualmente a (art. 75 D.P.F	caso di dichiara in materia (art. on veridicità del conseguenti al R. 445/2000),	nzioni false o menda 76 D.P.R. 445/2000 contenuto di taluna provvedimento ema DICHIARA ualità di direttore te	ci sarà punito/a () e che, inoltre, (a delle dichiarazio anato sulla base	ai sensi del codi qualora dal con oni rese, decadr	ce penale e trollo effet- à dai bene-
SULLO	i la propria res	ponsabilita ili qi	uanta di dilettore te	ecilico.		
•	di	Farmacia	iploma di Laurea in dell'Università	degli	Studi	di
•		esso	ibilitazione all'eserc	· ·		ista, conse- in data
•		ritto/a all'Ordin al n	e dei Farmacisti dell ;	a Provincia di		
•	in qualità d	di	iennio di pratica pro , presso la	Farmacia	, c	on sede in
•	o di so		acquisito		tramite	concor-
•		della Legge 36	oni di incompatibili 2/1991, come modi	-		
•	di garantire in altre farm	•	iena e ininterrotta (orario full time) (e di non ricoprir	e tale ruolo
•	di godere de	ei diritti politici;				
•	di non aver	riportato conda	nne penali e di non	avere procedime	nti penali in cor	so;
•	di non avere	e ragioni ostative	e all'incarico ai sens	i della vigente leg	gislazione c.d. aı	ntimafia;
prop	•		a. à della firma allega firma	a alla presente c	lichiarazione fo	tocopia del

Al Direttore Generale

Dell' Azienda Sanitaria Locale BR

Via Napoli n.8

72100 Brindisi

Oggetto: Richiesta convenzionamento Farmacia.			
II sottoscritto/i			
Dr/Dr.ssa/Sig/Sig.ra			
Dr/Dr.ssa Sig/Sig.ra			
Titolare/i Rappresentante/i Legale/i de	ella Farmacia,		
sita inVia/Pia	zzann		
	CHIEDE/CHIEDONO		
Di essere autorizzato/i alla spedizione	delle ricette per conto degli assistiti del S.S.N. a partire dalla		
data di notifica del decreto di autorizza	azione del Comune di		
D	DICHIARA/DICHIARANO		
Di accettare senza alcuna riserva tutte	e le clausole previste e riportate dalla Convenzione Naziona-		
le D.P.R. 8 luglio 1998, n. 371 e di impe	egnarsi alla loro precisa ed integrale osservanza.		
Luogo e data,			
Dr/Dr.ssa Sig/Sig.ra	Firma		
Dr/Dr ssa Sig/Sig ra	Firma		