

Al Sindaco del Comune di _____

Al Direttore Generale
dell'Azienda Sanitaria Locale BR
Via Napoli n. 8
72100 BRINDISI

Oggetto: Istanza per il riconoscimento della variazione della compagine sociale di una società per la gestione di farmacia.

I sottoscritti:

- Dr./Dr.ssa _____, nato/a a _____ (____) e residente in _____ alla Via/Piazza _____, CAP _____, cod. fisc. _____, farmacista iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di _____;
- Dr./Dr.ssa _____, nato/a a _____ (____) e residente in _____ alla Via/Piazza _____, CAP _____, cod. fisc. _____, farmacista iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di _____;
- Sig/Si.ra _____ nato/a a _____ (____) e residente in _____ alla Via/Piazza _____, CAP _____, cod. fisc. _____,
- Sig/Si.ra _____ nato/a a _____ (____) e residente in _____ alla Via/Piazza _____, CAP _____, cod. fisc. _____,

essendo in possesso dei prescritti requisiti di legge, in qualità di soci della neocostituita società, 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 successive modificazioni, il rilascio del provvedimento di riconoscimento della variazione della compagine sociale della Farmacia _____, con esercizio in _____, alla Via _____, in favore della neocostituita società " _____ ", con la direzione tecnica del/della Dr./Dr.ssa _____.

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 al procedimento per il quale presentano l'istanza sia effettuata al seguente indirizzo:

(cognome e nome) _____

(recapito civico) _____

(recapito telefonico) _____

(pec) _____

I sottoscritti sono informati ed autorizzano, ai sensi del D.Lgs 196/2003 e s.m., i destinatari in indirizzo al trattamento dei propri dati personali ai fini degli adempimenti connessi all'espletamento 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 residente in _____ alla Via _____, cod. fisc. _____, consapevole che in caso di dichiarazioni false o mendaci sarà punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 D.P.R. 445/2000) e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000),

DICHIARA

sotto la propria responsabilità quanto segue:

- di essere nato/a a _____ il _____;
- di essere residente in _____, alla Via/Piazza _____;
- di essere tributario/a del codice fiscale sopra riportato;
- di essere in possesso della cittadinanza italiana;
- di godere dei diritti politici;
- di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso;
- di essere in possesso del Diploma di Laurea in Farmacia, conseguito presso la Facoltà di Farmacia dell'Università degli Studi di _____ in data _____;
- di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di farmacista, conseguita presso _____, in data _____;
- di essere iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di _____ dal _____ al n. _____;
- di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità previste dall'art. 13 della Legge 475/1968 e dall'art. 8 della Legge 362/1991, come modificato dall'art. 1 comma 157 e comma 160 della Legge 124/2017;
- che non sussistono ragioni ostative al rilascio del richiesto provvedimento ai sensi della vigente legislazione c.d. antimafia;
- di possedere l'idoneità fisica.

Ai fini della verifica dell'autenticità della firma allega alla presente dichiarazione fotocopia del proprio documento d'identità.

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 _____ il _____ e residente in _____ alla Via _____, cod. fisc. _____, consapevole che in caso di dichiarazioni false o mendaci sarà punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 D.P.R. 445/2000) e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000),

DICHIARA

sotto la propria responsabilità quanto segue:

- di essere nato/a a _____ il _____;
- di essere residente in _____, alla Via/Piazza _____;
- di essere attributario/a del codice fiscale sopra riportato;
- di essere in possesso della cittadinanza italiana;
- di godere dei diritti politici;
- di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso;
- di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità previste dall'art. 13 della Legge 475/1968 e dall'art. 8 della Legge 362/1991, come modificato dall'art. 1 comma 157 e comma 160 della Legge 124/2017;
- che non sussistono ragioni ostative al rilascio del richiesto provvedimento ai sensi della vigente legislazione c.d. antimafia.

Ai fini della verifica dell'autenticità della firma allega alla presente dichiarazione fotocopia del proprio documento d'identità.

Luogo e data _____

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)**

Il sottoscritto _____, nato a _____ il _____ e residente in _____ alla Via _____, cod. fisc. _____, consapevole che in caso di dichiarazioni false o mendaci sarà punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 D.P.R. 445/2000) e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000),

DICHIARA

sotto la propria responsabilità quanto segue:

- di essere Socio Farmacista, con quote societarie unicamente nella società sotto la ragione sociale di “ _____ ” con sede in _____ alla via _____ n. _____
C.F. / P. IVA _____

oppure

- di essere Socio Farmacista, con quote Societarie nelle seguenti Società sotto la ragione sociale di:
 - a) “ _____ ” con sede in _____ alla via _____ n. _____
C.F. / P. IVA _____
 - b) “ _____ ” con sede in _____ alla via _____ n. _____
C.F. / P. IVA _____

in quest'ultimo caso indicare (barrare con x la casella interessata):

- ☐ ha funzioni di Direttore Tecnico
☐ svolge attività professionale presso la Farmacia _____

Ai fini della verifica dell'autenticità della firma allega alla presente dichiarazione fotocopia del proprio documento d'identità.

Luogo e data _____

firma

ATTO DI NOMINA DEL DIRETTORE

Il/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 _____ il _____

Residente a _____

Tel. _____ e-mail _____

Codice fiscale _____

Dr./Dr.ssa/Sig/Sig.ra _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____

Tel. _____ e-mail _____

Codice fiscale _____

nella qualità di legale/i rappresentante/i della Società, sotto la ragione sociale

con sede ubicata alla via/corso/piazza _____

Codice fiscale _____ P. IVA _____

con oggetto la gestione della Farmacia _____

NOMINA/NOMINANO

quale **DIRETTORE RESPONSABILE** 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)

Il sottoscritto _____, nato a _____ il _____ e residente in _____ alla Via _____, consapevole che in caso di dichiarazioni false o mendaci sarà punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 D.P.R. 445/2000) e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000),

DICHIARA

sotto la propria responsabilità in qualità di direttore tecnico:

- di aver svolto il prescritto biennio di pratica professionale/ovvero di aver prestato servizio, in qualità di _____, presso la Farmacia _____, con sede in _____, alla via _____ dal _____ al _____ o di aver acquisito l'idoneità tramite concorso _____;
- di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità previste dall'art. 13 della Legge 475/1968 e dall'art. 8 della Legge 362/1991, come modificato dall'art. 1 comma 157 e comma 160 della Legge 124/2017;
- di garantire una presenza piena e ininterrotta (orario full time) e di non ricoprire tale ruolo in altre farmacie;
- di possedere l'idoneità fisica.

Ai fini della verifica dell'autenticità della firma allega alla presente dichiarazione fotocopia del proprio documento d'identità.

Luogo 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)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____ e residente in _____ alla Via _____, consapevole che in caso di dichiarazioni false o mendaci sarà punito/a ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 D.P.R. 445/2000) e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000),

DICHIARA

sotto la propria responsabilità **in qualità di direttore tecnico:**

- di essere in possesso del Diploma di Laurea in Farmacia/CTF, conseguito presso la Facoltà di _____ Farmacia _____ dell'Università _____ degli _____ Studi _____ di _____ in data _____;
- di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di farmacista, conseguita presso _____, in data _____;
- di essere iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di _____ dal _____ al n. _____;
- di aver svolto il prescritto biennio di pratica professionale/ovvero di aver prestato servizio, in qualità di _____, presso la Farmacia _____, con sede in _____, alla via _____ dal _____ al _____
- o _____ di _____ aver _____ acquisito _____ l'idoneità _____ tramite _____ concorso _____;
- di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità previste dall'art. 13 della Legge 475/1968 e dall'art. 8 della Legge 362/1991, come modificato dall'art. 1 comma 157 e comma 160 della Legge 124/2017;
- di garantire una presenza piena e ininterrotta (orario full time) e di non ricoprire tale ruolo in altre farmacie;
- di godere dei diritti politici;
- di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso;
- di non avere ragioni ostative all'incarico ai sensi della vigente legislazione c.d. antimafia;
- di possedere l'idoneità fisica.

Ai fini della verifica dell'autenticità della firma allega alla presente dichiarazione fotocopia del proprio documento d'identità.

Luogo e data _____ firma _____

**Al Direttore Generale
Dell' Azienda Sanitaria Locale BR
Via Napoli n.8
72100 Brindisi**

Oggetto: Richiesta convenzionamento Farmacia.

Il sottoscritto/i

Dr/Dr.ssa/Sig/Sig.ra _____

Dr/Dr.ssa Sig/Sig.ra _____

Titolare/i Rappresentante/i Legale/i della Farmacia _____,

sita in _____ Via/Piazza _____ n _____

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 autorizzazione del Comune di _____.

DICHIARA/DICHIARANO

Di accettare senza alcuna riserva tutte le clausole previste e riportate dalla Convenzione Nazionale D.P.R. 8 luglio 1998, n. 371 e di impegnarsi alla loro precisa ed integrale osservanza.

Luogo e data, _____

Dr/Dr.ssa Sig/Sig.ra _____

Firma _____

Dr/Dr.ssa Sig/Sig.ra _____

Firma _____