

SPETT.LE AULSS 9
UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale
UOS Gestione Giuridica Amministrativa
delle Strutture
protocollo.aulss9@pecveneto.it

OGGETTO: Comunicazione modifica dello statuto ai sensi dell'art. 8 della legge n. 362/1991 e s.m.i.

La/Il/I sottoscritta/o/i dr./ssa nata/o a il
.....C.F.....residente a via n.....
il/la/i sottoscritta/o/i dr./ssa nata/o a il
.....C.F.....residente a via n.....
in qualità di Legale rappresentante/Soci della Società.....
P.IVA/Cod. Fiscale.....

COMUNICAZIONE

- Variazione compagine sociale**
- Variazione forma societaria**
- Variazione ragione/denominazione sociale**
-

A seguito atto notarile deldel notaio
registrato a il.....

Il/La/I sottoscritto/a/i è/sono pienamente a conoscenza delle penali responsabilità derivanti da mendaci dichiarazioni, come sopra riportate, nonché della conseguente cessazione del procedimento e di qualsiasi altro eventuale beneficio ad esso collegato o derivante da eventuali provvedimenti emanati dall' Azienda in virtù di falsa dichiarazione.

Dichiaro/no di essere informato/i, ai sensi e per gli effetti del D.L.vo nr. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(luogo) (data)

LEGALE RAPPRESENTANTE/SOCI DELLA SOCIETA'

Allegati moduli n. (indicare i moduli che si allegano)

* se trasmessa via pec allegare il modulo 10

Documentazione da allegare alla comunicazione

N.B. In caso di S.N.C. la comunicazione deve essere sottoscritta da tutti i soci come pure i moduli che lo richiedono.

1. La comunicazione va inviata dopo:
 - a) aver stipulato l'atto notarile di modifica compagine sociale/forma societaria/ragione sociale;
 - b) aver eliminato le eventuali cause di incompatibilità;
 - c) aver compilato tutta la documentazione allegata,
 2. Dichiarazione sostitutiva di certificazione, art. 46 D.P.R. 445/2000 e s.m.i, **ogni socio** comprovante la cittadinanza, l'iscrizione all'Albo Provinciale dei Farmacisti con estremi di Laurea e Abilitazione (solo per farmacisti), la propria posizione nei confronti di casellario giudiziale e carichi pendenti (mod. n. 1).
 3. Dichiarazione sostitutiva di certificazione antimafia, art. 46 D.P.R. 445/2000 e s.m.i, **per ogni socio**, di cui all'art. 67 del D.Lgs 6/11/2011 n.159 e s.m.i. (mod. n. 2).
 4. Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, **per ogni socio** (mod. n. 3).
 5. Nomina, di comune accordo tra i soci, del Direttore Responsabile della Farmacia (mod. n. 4).
 6. Copia conforme dell'atto notarile di modifica forma societaria/cessione quote etc, riportante gli estremi di registrazione.
 7. Copia della visura camerale aggiornata o dichiarazione sostitutiva (mod. 5).
 8. Comunicazione in carta semplice del: nominativo dell'intestatario del conto corrente, indicazione dell'ISTITUTO BANCARIO (Filiale/Agenzia/Città) e del IBAN (per gli accrediti mensili della farmaceutica convenzionata, assistenza integrativa regionale, servizio distribuzione per conto), indirizzo mail, pec, n. di telefono e fax della farmacia **se diversi da quelli già comunicati all'Aulss** (mod. n. 6).
 9. Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità e del codice fiscale, **per ogni socio**.
- *in caso di invio dell'istanza tramite PEC:*

Dimostrazione dell'assolvimento dell'**imposta di bollo di € 16,00 (sedici)** sulle istanze presentate mediante servizio di Posta Elettronica Certificata (P.E.C.).

Al fine della dimostrazione dell'assolvimento dell'**imposta di bollo di € 16,00 (sedici)** sulle istanze di rilascio di provvedimenti amministrativi presentate all'UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale, UOS Gestione Giuridica Amministrativa delle Strutture dell' Aulss 9 Scaligera mediante servizio di Posta Elettronica Certificata (P.E.C.), si informa che:

- Qualora il richiedente sia in possesso dell'Autorizzazione dall'Agenzia delle Entrate, l'imposta di bollo può essere assolta in modo virtuale, indicando sugli atti e documenti il modo di pagamento e gli estremi della citata Autorizzazione, ai sensi dell'art. 35 del DPR 642/1972;

- In assenza della predetta autorizzazione, deve essere resa dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà in cui il richiedente attesta, sotto la propria personale responsabilità ai sensi del D.P.R. 445/2000, di aver assolto al pagamento dell'imposta in questione indicando tutti i dati relativi all'identificativo della marca. Tale dichiarazione deve essere corredata da copia del documento di identità del dichiarante **(modulo 10)**.

UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale

UOS Gestione Giuridica Amministrativa delle Strutture

Via Salvo D'acquisto 7 - 37122

Verona

protocollo.aulss9@pecveneto.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
ai sensi dell' art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____

residente in _____ in via _____ cod.fisc. _____.

rende la presente dichiarazione consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445.

DICHIARA

Di essere cittadino _____ e di essere in possesso dei diritti civili e politici;

Di essere iscritto all'Albo dei farmacisti della provincia di _____ al n. _____ dal _____;

Di aver conseguito la laurea in _____ presso l'Università di _____, in data _____;

Di aver conseguito l'abilitazione professionale presso l'Università di _____, sessione di _____ nell' anno _____;

() di aver () non aver riportato condanne penali (*barrare la voce che non interessa*);

() di essere () non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali (*barrare la voce che non interessa*);

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.LGS n. 196/2003 e s.m.i. che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

data _____ il dichiarante _____ (firma)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
ai sensi dell' art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____
 residente in _____ in via _____ cod.fisc. _____.

rende la presente dichiarazione consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445.

DICHIARA

Quale SOCIO della Società FARMACIA sede n. del Comune
 di Prov. ubicata in via n.
 P.iva/cod.fisc.

che nei propri confronti non sussistono le cause di decadenza, di sospensione o di divieto di cui all'art. 67 del D.Lvo 06/09/2011, n. 159 "Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 13 agosto 2010, n. 136". .

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____ data

_____ firma del dichiarante

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETÀ
ai sensi dell' art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____

residente in _____ in via _____ cod.fisc. _____.

rende la presente dichiarazione consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445.

DICHIARA

Quale socio:

- Di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità di cui all' art. 7 e 8 della legge n. 362 del 1991 e s.m.i., in particolare:
 - ✓ Con qualsiasi altra attività esplicita nel settore della produzione e informazione scientifica del farmaco, nonché con l'esercizio della professione medica;
 - ✓ Con la posizione di titolare, gestore provvisorio, direttore o collaboratore di altra farmacia;
 - ✓ Con qualsiasi rapporto di lavoro pubblico e privato (il Consiglio di Stato, con parere n. 69/2018, ha fatto rientrare anche "*quelle prestazioni che, sebbene autonome, vengono effettuate con una regolarità tale da risultare assorbenti*");
- Di non essere incompatibile ai sensi dell'art. 102 del R.D. 27/07/1934 n .1265 e s.m.i.;

Al fine di procedere alla verifica delle dichiarazioni rilasciate si chiede di specificare l'ultima sede lavorativa
 Farmacia/Ente pubblico/altra sede lavorativa (specificare) _____ del Comune
 _____ dal _____ al _____

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.LGS n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

data _____ Il dichiarante _____ (firma)

OGGETTO: Comunicazione direttore responsabile di farmacia

I sottoscritti soci della Società, ai sensi dell'art.7, comma 3, della legge n. 362/1991 e s.m.i., comunicano, con l'accordo di tutti, di affidare la direzione tecnica della suddetta farmacia al dott.\dott.ssa, in possesso del requisito di idoneità previsto dall'art. 12 della legge 475/1968 e s.m.i. in quanto (*barrare la voce che interessa*):

- essere risultato idoneo in un precedente concorso, nell'anno _____ Regione _____;
- avere almeno due anni di pratica professionale, in qualità di _____ presso la/e farmacia/e dell' Aulss n. ____ provincia _____,

che accetta, dalla decorrenza del provvedimento autorizzativo.

I soci della società
(Firma)

Per accettazione
Il Direttore Responsabile

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO DI ISCRIZIONE ALLA CAMERA DI
COMMERCIO INDUSTRIA ARTIGIANATO AGRICOLTURA**
(resa ai sensi dell'art. 46 Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di
documentazione amministrativa n. 445/2000 e s.m.i.)

I/il sottoscritti/o.....nato/ail ..

I/il sottoscritti/o.....nato/ail ..

I/il sottoscritti/o.....nato/ail ..

in qualità di Legale rappresentante/Soci della società

D I C H I A R A N O

che l'Impresa/Società è iscritta nel Registro delle Imprese di

con il numero Repertorio Economico Amministrativo

Denominazione:

Forma giuridica:

Sede:

Codice Fiscale:

Data di costituzione:

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Numero componenti in carica:

COLLEGIO SINDACALE

Numero sindaci effettivi:

Numero sindaci supplenti

OGGETTO SOCIALE

TITOLARI DI CARICHE O QUALIFICHE

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA NASCITA	CARICA	RESIDENZA

EVENTUALI DIRETTORI TECNICI

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA NASCITA	CARICA	RESIDENZA

SOCI E TITOLARI DI DIRITTI SU QUOTE E AZIONI/PROPRIETARI

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA NASCITA	CARICA	RESIDENZA

SEDI SECONDARIE E UNITA' LOCALI

--

Dichiara, altresì, che l'impresa gode del pieno e libero esercizio dei propri diritti, non è in stato di liquidazione, fallimento o concordato preventivo, non ha in corso alcuna procedura dalla legge fallimentare e tali procedure non si sono verificate nel quinquennio antecedente la data odierna.

DATA _____

LEGALE RAPPRESENTANTE/SOCI

I/il sottoscritti/o.....nato/ail

I/il sottoscritti/o.....nato/ail

I/il sottoscritti/o.....nato/ail

in qualità di Legale rappresentante/Soci della società

COMUNICAZIONE

P. IVA

[Empty box for P. IVA]

COD. FISCALE

[Empty box for COD. FISCALE]

N. TELEFONO

[Empty box for N. TELEFONO]

FAX

[Empty box for FAX]

MAIL

[Empty box for MAIL]

PEC

[Empty box for PEC]

() Gli estremi del conto corrente bancario dedicato sul quale l'Aulss 9 Scaligera dovrà effettuare i pagamenti relativi alla farmaceutica Convenzionata, all'Assistenza Integrativa e al Servizio Distribuzione farmaci per conto:

IBAN IT

[Empty box for IBAN IT]

BANCA D'APPOGGIO

[Empty box for BANCA D'APPOGGIO]

AGENZIA/FILIALE:

[Empty box for AGENZIA/FILIALE]

LE GENERALITA' E IL CODICE FISCALE DELLE PERSONE DELEGATE AD OPERARE SU DI ESSO:

[Large empty box for general information and tax code]

() Di aver ceduto il credito vantato nei confronti dell'Aulss Scaligera derivante dalle distinte mensili,relative alla farmaceutica Convenzionata, all'Assistenza Integrativa e al Servizio Distribuzione farmaci per conto:

ALLA SOCIETA'

[Empty box for company name]

Mi impegno a comunicare ogni eventuale variazione dei dati trasmessi, del predetto conto corrente e dei soggetti autorizzati ad operare su di esso.

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/03.

DATA _____ -

TIMBRO E FIRMA

[Line for stamp and signature]

[Line for stamp and signature]

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETÀ
ai sensi dell' art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000e s.m.i. , n. 445**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____

residente in _____ in via _____ cod.fisc. _____.

Titolare/Legale Rappresentante/Direttore Responsabile della ditta/Società _____

con sede legale in _____ via _____ n. _____

P.Iva _____

rende la presente dichiarazione consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00: a comprova, indica i seguenti dati della marca da bollo utilizzata:
 - data e ora di emissione _____
 - identificativo n. _____
- di aver apposto la marca da bollo sulla presente domanda e di aver annullato la stessa;
- di conservare l'originale della domanda per eventuali controlli da parte della AULSS 9 Scaligera.

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.LGS n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati,anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

data _____ Il dichiarante _____(firma)