

Marca da bollo €16

**SPETT.LE AULSS 9
UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale
UOS Autorizzazione e Vigilanza Farmacie e
Magazzini farmaceutici
protocollo.aulss9@pecveneto.it**

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

Il/la sottoscritta/o dr./ssa _____ nato/a a _____
_____ il _____ C.F. _____ residente a
_____ via _____ n. _____

Il/la sottoscritta/o dr./ssa _____ nato/a a _____
_____ il _____ C.F. _____ residente a
_____ via _____ n. _____

in qualità di Legale rappresentante/Soci della Società _____
P.IVA/Cod. Fiscale _____

COMUNICA/NO

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

A seguito atto notarile del _____ del 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 SOCIETÀ

Documentazione da allegare all'istanza

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

1. La comunicazione va inviata dopo:
 - a) aver stipulato e registrato l'atto notarile di modifica compagine sociale/forma societaria/ragione sociale;
 - b) aver eliminato le eventuali cause di incompatibilità dei soci o della società;
 - c) aver compilato tutta la documentazione allegata;
2. Dichiarazione sostitutiva di certificazione, art. 46 D.P.R. 445/2000 e s.m.i, compilata da **ogni socio/legale rappresentante e dal Direttore responsabile (se farmacista non 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 del casellario giudiziale e carichi pendenti (mod. n. 1);
3. Dichiarazione sostitutiva di certificazione antimafia di cui all'art. 67 del D.Lgs 6/11/2011 n.159 e s.m.i. (mod. n. 2) vedere schema allegato dei soggetti che devono presentare la dichiarazione;
4. Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, **per ogni socio se persone fisiche** (mod. 3). Se il **socio** è una società il legale rappresentante dovrà comunicare l'assenza di incompatibilità della società ai sensi dell'art. 7 e 8 della legge n. 326/1991 e s.m.i., (mod. n. 3 bis);
5. Nomina di comune accordo tra i soci/legale rappresentante del Direttore responsabile della Farmacia (mod. n. 4);
6. Copia conforme dell'atto notarile di modifica forma societaria/cessione quote, riportante gli estremi di registrazione;
7. Copia della visura camerale aggiornata o dichiarazione sostitutiva della società, ed eventualmente dei nuovi soci, se società, (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. 7).
9. Copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità e del codice fiscale, **per ogni socio/legale rappresentante della società titolare o legale rappresentante società socia e del Direttore responsabile se non socio.**

Al fine della dimostrazione dell'assolvimento dell'imposta di bollo di € 16,00 sulle istanze di rilascio di provvedimenti amministrativi presentate all'UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale, UOS Autorizzazione e Vigilanza Farmacie e Magazzini Farmaceutici 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 (art. 47, D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.) in cui il richiedente attesta 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 (mod. 10).

UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale
UOS Autorizzazione e vigilanza farmacie e magazzini farmaceutici
Via Salvo D'Acquisto n. 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. _____
in qualità di _____ della società _____

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 _____ nell'anno _____

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

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

Firma del dichiarante

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO
ai sensi dell' art. 46 - 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445**

Il/La sottoscritto/a (*nome e cognome*) _____ nato a _____ il _____, residente in _____ via _____ n. _____, cod.fisc. _____, in qualità di _____ dell'impresa/società (*indicare la rag. sociale/denominazione*) _____ avente la sede in _____ Prov. di _____ via _____ n. _____ tel. n. _____;

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 445/00 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art.75 del DPR 445/00, sotto la propria responsabilità;

DICHIARA

ai sensi della vigente normativa antimafia, che nei propri confronti non sussistono le cause di decadenza, di sospensione o di divieto di cui all'art. 67 del D. Lgs 06/09/2011, n. 159 e s.m.i. "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".

Data ___/___/___

firma

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore all'ufficio competente via pec o tramite un incaricato.

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.

**SOGGETTI TENUTI ALLA PRESENTAZIONE DELLA DICHIARAZIONE ANTIMAFIA
AI SENSI DELL'ART. 85 DEL D. Lgs. N. 159/2011 E S.M.I.**

Impresa individuale	<ol style="list-style-type: none"> 1. Titolare dell'impresa 2. direttore tecnico (se previsto)
Associazioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Legali rappresentanti 2. membri del collegio dei revisori dei conti o sindacale (se previsti)
Società di capitali o cooperative SRL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Legale rappresentante 2. Amministratori 3. direttore tecnico (se previsto) 4. membri del collegio sindacale 5. socio di maggioranza (nelle società con un numero di soci pari o inferiore a 4) 6. socio (in caso di società unipersonale) 7. membri del collegio sindacale o, nei casi contemplati dall' art. 2477 del codice civile, al sindaco, nonché ai soggetti che svolgono i compiti di vigilanza di cui all'art. 6, comma 1, lettera b) del D.Lgs 231/2001;
Società semplice e in nome collettivo	<ol style="list-style-type: none"> 1. tutti i soci 2. direttore tecnico (se previsto) 3. membri del collegio sindacale (se previsti)
Società in accomandita semplice	<ol style="list-style-type: none"> 1. soci accomandatari 2. direttore tecnico (se previsto) 3. membri del collegio sindacale (se previsti)
Società estere con sede secondaria in Italia	<ol style="list-style-type: none"> 1. coloro che le rappresentano stabilmente in Italia 2. direttore tecnico (se previsto) 3. membri del collegio sindacale (se previsti)
Società estere prive di sede secondaria con rappresentanza stabile in Italia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coloro che esercitano poteri di amministrazione, rappresentanza o direzione dell' impresa
Società personali (oltre a quanto espressamente previsto per le società in nome collettivo e accomandita semplice)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soci persone fisiche delle società personali o di capitali che sono socie della società personale esaminata 2. Direttore tecnico (se previsto) 3. membri del collegio sindacale (se previsti)
Società di capitali anche consortili, per le società cooperative di consorzi cooperativi, per i consorzi con attività esterna	<ol style="list-style-type: none"> 1. legale rappresentante 2. componenti organo di amministrazione 3. direttore tecnico (se previsto) 4. membri del collegio sindacale (se previsti) 5. ciascuno dei consorziati che nei consorzi e nelle società consortili detenga una partecipazione superiore al 10 per cento oppure detenga una partecipazione inferiore al 10 per cento e che abbia stipulato un patto parasociale riferibile a una partecipazione pari o superiore al 10 per cento, ed ai soci o consorziati per conto dei quali le società consortili o i consorzi operino in modo esclusivo nei confronti della pubblica amministrazione;
Consorzi ex art. 2602 c.c. non aventi attività esterna e per i gruppi europei di interesse economico	<ol style="list-style-type: none"> 1. legale rappresentante 2. eventuali componenti dell' organo di amministrazione 3. direttore tecnico (se previsto) 4. imprenditori e società consorziate (e relativi legale rappresentante ed eventuali componenti dell' organo di amministrazione) 5. membri del collegio sindacale (se previsti)
Raggruppamenti temporanei di imprese	<ol style="list-style-type: none"> 1. tutte le imprese costituenti il Raggruppamento anche se aventi sede all' estero, nonché le persone fisiche presenti al loro interno, come individuate per ciascuna tipologia di imprese e società 2. direttore tecnico (se previsto) 3. membri del collegio sindacale (se previsti)
Per le società di capitali anche consortili, per le società cooperative di consorzi cooperativi, per i consorzi con attività esterna e per le società di capitali con un numero di soci pari o inferiore a quattro (vedi lettera c del comma 2 art. 85) <u>concessionarie nel settore dei giochi pubblici</u>	<p>Oltre ai controlli previsti per le società di capitali anche consortili, per le società cooperative di consorzi cooperativi, per i consorzi con attività esterna e per le società di capitali con un numero di soci pari o inferiore a quattro, la documentazione antimafia deve riferirsi anche ai soci e alle persone fisiche che detengono, anche indirettamente, una partecipazione al capitale o al patrimonio superiore al 2 per cento, nonché ai direttori generali e ai soggetti responsabili delle sedi secondarie o delle stabili organizzazioni in Italia di soggetti non residenti. Nell'ipotesi in cui i soci persone fisiche detengano la partecipazione superiore alla predetta soglia mediante altre società di capitali, la documentazione deve riferirsi anche al legale rappresentante e agli eventuali componenti dell'organo di amministrazione della società'socia, alle persone fisiche che, direttamente o indirettamente, controllano tale società', nonché ai direttori generali e ai soggetti responsabili delle sedi secondarie o delle stabili organizzazioni in Italia di soggetti non residenti. La documentazione di cui al periodo precedente deve riferirsi anche al coniuge non separato.</p>

**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. _____
in qualità di socio della società _____

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 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 (su questo punto 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" mentre la Corte Costituzionale con sentenza n. 11/2020 ha chiarito che "essendo, dunque consentita, nell'attuale assetto normativo, la titolarità di farmacie (private) in capo anche a società di capitali, di cui possono far parte anche soci non farmacisti, né in alcun modo coinvolti nella gestione della farmacia o della società, è conseguente che a tali soggetti, unicamente titolari di quote del capitale sociale (e non altrimenti vincolati alla gestione diretta da norme speciali) non sia pertanto più riferibile l'incompatibilità "con qualsiasi rapporto di lavoro pubblico privato" di cui alla lettera c) del comma 1 dell'art. 8 della legge n. 362 del 1991";
- 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 di _____ prov. _____ dal _____ al _____

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445/2000 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza di un dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

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 d

_____ 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. _____
in qualità di Legale rappresentante/Amministratore Unico della Società _____
Sede Legale _____ 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

Che la società _____

- Non si trova 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, di altra farmacia.

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445/2000 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza di un dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

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 d

data

Firma del dichiarante

OGGETTO: Comunicazione direttore responsabile di farmacia.

I/Il sottoscritti/o soci della società _____, ai sensi dell'art.7 del comma 3 della legge n. 362\1991, comunicano, con l'accordo di tutti, di affidare la direzione tecnica della suddetta farmacia, a decorrere dal _____, al/alla 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/a idoneo/a 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 _____

I soci/Legale rapp. 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.)

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

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

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

in qualità di Legale rappresentante/Soci della società

DICHIARA/NO

che la 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 DI NASCITA	CARICA	RESIDENZA
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

EVENTUALI DIRETTORI TECNICI

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	CARICA	RESIDENZA
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

SOCI E TITOLARI DI DIRITTI SU QUOTE E AZIONI/PROPRIETARI

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	CARICA	RESIDENZA
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

SEDI SECONDARIE E UNITÀ 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

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

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

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

in qualità di Legale rappresentante/Soci della società

COMUNICAZIONE

P. IVA

COD. FISCALE

N. TELEFONO FAX

MAIL 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

BANCA D’APPOGGIO

AGENZIA/FILIALE:

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

() 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’

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

**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. _____

Legale Rappresentante/Socio Amministratore della 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.

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445/2000 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza di un dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

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

_____ firma del dichiarante