

ATTENZIONE MODELLO DA UTILIZZARE SOLO SE NON È PRESENTE NEL SITO DEL COMUNE DI COMPETENZA IL CORRISPETTIVO

**L.R. 16/2000 FARMACIE
COMUNICAZIONI NON SOGGETTE AD AUTORIZZAZIONE**

Spett.le SUAP Unione di Comuni Montani Appennino Pistoiese
Abetone Cutigliano – San Marcello Piteglio – Sambuca P.se

Privacy: Nel compilare questo modello le chiederemo di fornire dati personali che saranno trattati dall'Amministrazione nel rispetto delle norme sulla tutela della privacy, di cui al Regolamento (UE) 2016/679 (RGPD) in materia di privacy I dati vengono archiviati e trattati in modalità elettronica nel rispetto delle misure minime di sicurezza. L'interessato può esercitare i diritti di cui al citato Regolamento presentando richiesta direttamente presso lo Sportello Unico delle Attività Produttive

Il Sottoscritto Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____ (Prov. __)

cittadinanza _____ Stato _____

Codice Fiscale (obbligatorio) |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

In qualità di (specificare se leg. Rapp. – titolare - altro): _____

della ditta _____

Codice Fiscale ditta | | | | | | | | | | | | | | | | | |

P.IVA |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

N Iscrizione REA _____ di _____

Sede legale in Comune di _____ Via/P.zza _____ n. _____ Prov. _____

Pec: _____ Tel. _____

COMPILARE SOLO IN CASO DI CITTADINO STRANIERO NON COMUNITARIO

di essere in possesso di permesso di soggiorno per (specificare il motivo del rilascio) _____

di essere in possesso di carta di soggiorno per (specificare il motivo del rilascio) _____

N. _____ RILASCIATO DA _____ IL _____ VALIDITA' _____

in relazione alla FARMACIA sita Via/Piazza _____ n. _____

Sede Farmaceutica N. _____ della Pianta Organica del Comune di _____

autorizzata con ATTO n. _____ del _____ rilasciata da _____

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (artt. 75 e 76), sotto la propria responsabilità

COMUNICA che sono intervenute le seguenti variazioni:

VARIAZIONE COMPAGINE SOCIALE

() VARIAZIONE QUOTE SOCIETARIE: _____

Come stipulato con ATTO _____ in data _____ che si allega in copia

DICHIARA

- ✓ Che anche a seguito della/e variazione/i oggetto della presente comunicazione, sono rispettati tutti i requisiti previsti dalla normativa vigente, in particolare, per quanto riguarda gli aspetti di incompatibilità nella gestione societaria ai sensi degli artt. 7 e 8 della L. 362/91, così come modificata dalla Legge 4 agosto 2017, n. 124 e art. 13 della L. 475/68 e L. 892/84 e s.m.e i.;
- ✓ di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso che non consentano l'esercizio o la continuazione dell'attività;
- ✓ che non sono stati modificati i locali precedentemente autorizzati;
- ✓ che la struttura è in possesso di tutti i requisiti in materia di sicurezza, igiene e sanità urbanistica ed edilizia, e rispetta quanto previsto dalle vigenti disposizioni normative, anche per quanto attiene alla prevenzione incendi e all'agibilità dei locali;
- che **la società è formata dai seguenti soci** e che tutti i soci sono in possesso dei requisiti previsti dalla normativa di legge al diritto di esercizio della farmacia **come da dichiarazioni allegate a firma di ogni socio:**

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale (obbligatorio) |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Allega i seguenti documenti:

- copia del documento di identità del/dei dichiarante/i (*non necessario se sottoscritto digitalmente dallo stesso*)
- copia del permesso di soggiorno ed eventuale richiesta di rinnovo se scaduto (*per i cittadini non UE*)

PER VARIAZIONI ASSETTO SOCIETARIO / LEGALE RAPPRESENTANTE:

- copia Atto comprovante le variazioni intervenute nell'assetto societario
- N. _____** Dichiarazione Sostitutiva di Atto Notorietà per Assenza Incompatibilità Gestione Societaria Farmacie **MOD.ASL.A1**

PER VARIAZIONE DIRETTORE TECNICO:

- Comunicazione Nomina Direttore di Farmacia **MOD.ASL.DF.03D**
- Dichiarazione Sostitutiva Idoneità per Direzione Farmacia **MOD.ASL.DF.03B**

TRATTAMENTO DATI PERSONALI Adempimenti relativi al Regolamento (UE) 2016/679 (RGPD) in materia di Privacy
Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa (semplificata e dettagliata) esposta sul sito istituzionale del SUAP dell'Unione di Comuni Montani Appennino Pistoiese a cui è rivolta la presente documentazione.

Data e luogo

Il Titolare/Legale rappresentante
