

**Trasmissione esclusivamente tramite portale regionale STAR**  
**Cod. 47.73**

Al Servizio SUAP dell'Unione di Comuni Montani Appennino Pistoiese  
 Per i COMUNI di **San Marcello Piteglio – Abetone Cutigliano – Sambuca Pistoiese**

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

Il sottoscritto, consapevole che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e che, se dal controllo effettuato, emergerà la non veridicità del contenuto di quanto dichiarato, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (Art. 75 e 76 dpr 28.12.2000 n. 445)

**COMUNICA RELATIVAMENTE A:**

	Codice	Nome attività	Oggetto
0		FARMACIA <input type="checkbox"/> PRIVATA <input type="checkbox"/> COMUNALE	<input type="checkbox"/> Variazione Compagine Sociale <input type="checkbox"/> Variazione Quote Societarie <input type="checkbox"/> Variazione Natura giuridica <input type="checkbox"/> Variazione Legale Rappresentante <input type="checkbox"/> Variazione del Direttore Tecnico <input type="checkbox"/> ALTRE VARIAZIONI

**ED A TAL FINE DICHIARA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445 QUANTO SEGUE:**

A1	<b>DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE</b>			
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza			n.
	Tel.		Cod. fisc.	
	Indirizzo PEC			
A2	<b>IN QUALITA' DI</b>			
	<input type="checkbox"/> Titolare della impresa individuale		<input type="checkbox"/> Legale rappresentante	
A3	<b>DELLA</b>			
	Forma giuridica *		Denomin.**	
	Sede amministrativa nel Comune di			Prov.
	Sede legale nel Comune di ***			Prov.
	Via/piaz.		N. civico	CAP
	Iscritta al Registro delle Imprese della CCIAA di		N. iscrizione registro	
	Iscritta al Tribunale di		N. iscrizione	
	Partita IVA		Codice Fiscale	
	In relazione alla Farmacia _____ sita in Via/Piazza _____ n. _____			
	SEDE FARMACEUTICA N. _____ della pianta organica del Comune di _____			
Autorizzata con ATTO n. _____ del _____ rilasciata da _____				
<small>Note: * SNC, SAS, SRL, etc.; ** inserire la denominazione per esteso della società (ditta) richiedente con quale l'impresa svolge la propria attività;            *** In caso di impresa individuale compilare se l'indirizzo della sede è diverso dalla residenza indicata nel quadro A1</small>				



<b>B5</b>	<input type="checkbox"/> <b>ALTRE VARIAZIONI: ( SPECIFICARE)</b>

<b>Il sottoscritto dichiara altresì:</b>	
<b>C</b>	<input checked="" type="checkbox"/> 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 art.li 7 e 8 della Legge 362/91, così come modificata dalla Legge 4 agosto 2017 n. 124 e art. 13 della Legge 475/68 e Legge 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni
	<input checked="" type="checkbox"/> di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso che impediscano l'esercizio dell'attività;
	<input checked="" type="checkbox"/> che non sono stati modificati i locali precedentemente autorizzati
	<input checked="" type="checkbox"/> che la struttura in cui si svolge l'attività, è in possesso di tutti i requisiti in materia igienico -sanitaria, edilizia, urbanistica, sicurezza, agibilità, destinazione d'uso dei locali, prevenzione incendi e sono conformi alle normative di settore inerenti allo svolgimento dell'attività

- Il sottoscritto dichiara inoltre 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 (modello Allegato 1):**

<b>SOCIO 1</b>			
Cognome		Nome	
Nato a		Prov.	il
Residente in		Prov.	CAP
Via/piazza			n.
Codice fiscale (16 caratteri)			
<b>SOCIO 2</b>			
Cognome		Nome	
Nato a		Prov.	il
Residente in		Prov.	CAP
Via/piazza			n.
Codice fiscale (16 caratteri)			
<b>SOCIO 3</b>			
Cognome		Nome	
Nato a		Prov.	il
Residente in		Prov.	CAP
Via/piazza			n.
Codice fiscale (16 caratteri)			
<b>SOCIO 4</b>			
Cognome		Nome	
Nato a		Prov.	il
Residente in		Prov.	CAP
Via/piazza			n.
Codice fiscale (16 caratteri)			

<b>D</b>	<b>REFERENTI DELL'INTERESSATO</b>		
	Il sottoscritto dichiara di essersi avvalso delle prestazioni di:		
	<input type="checkbox"/> tecnico incaricato	<input type="checkbox"/> società di tecnici incaricati, rappresentata da:	
	Cognome	Nome	
	Cittadinanza	C. F.	
	Data di nascita	Luogo di nascita	
	Studio nel:	Comune di	CAP
	Via/p.zza		n.
	Tel	Cell.	
	<b>PEC:</b>		
	Nr. Iscriz.	All'ordine professionale degli	Della Prov. di
	Eventuale e ulteriore abilitazione specifica:		

<b>E</b>	<b>REQUISITI PERSONALI del DICHIARANTE</b>		
<b>E1</b>	<b>REQUISITI DI ONORABILITA'</b>		
	<input checked="" type="checkbox"/> di essere in possesso dei requisiti morali previsti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'attività;		
	<input checked="" type="checkbox"/> che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza o sospensione previste dal D.Lgs 6 settembre 2011 n. 159 (Codice delle leggi antimafia).		
	<input type="checkbox"/> Trattandosi di società od organismi collettivi di cui art. 2 comma 3 del D.P.R. 03.06.1998, n. 252 si allega alla presente <b>N. DICHIARAZIONI COMPILATE</b> di cui all'allegato 1.		
<b>E2</b>	<b>COMPILARE SOLO IN CASO DI CITTADINO STRANIERO NON COMUNITARIO</b>		
	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per * <input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per *		
	N.	Rilasciato da	II      Valida fino al
	* Specificare il motivo del rilascio		
<b>G</b>	<b>TRATTAMENTO DATI PERSONALI</b> <b>Adempimenti relativi al Regolamento (UE) 2016/679 (RGPD) in materia di Privacy</b> <input checked="" type="checkbox"/> 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 istanza		

L'interessato deve firmare\* il presente modello  
**L'interessato**

Data e luogo

[ ] *Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del T.U. 445/2000 e del D.lgs 82/2005 e rispettive norme collegate, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa*

---

## Allegati

1. **Fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento (in corso di validità).**  
*Per la trasmissione telematica con firma digitale non è necessario l'allegato del documento di riconoscimento.*

### **Per variazioni assetto societario/legale rappresentante:**

2. Copia atto comprovante le variazioni intervenute
3. Dichiarazione sostitutiva dati anagrafici, titoli e requisiti professionali, antimafia (in caso di acquisizione di nuovi soci- modello Allegato 1)
4. Visura Camerale
5. Copia Documenti di riconoscimento in corso di validità dei dichiaranti. *Per la trasmissione telematica con firma digitale non è necessario l'allegato del documento di riconoscimento*

### **Per variazione direttore tecnico**

6. Comunicazione nomina direttore di farmacia
7. Dichiarazione sostitutiva idoneità per direzione farmacia
8. Dichiarazione sostitutiva dati anagrafici, titoli e requisiti professionali, antimafia (modello Allegato 1)
9. Copia Documenti di riconoscimento in corso di validità de Direttore. *Per la trasmissione telematica con firma digitale non è necessario l'allegato del documento di riconoscimento*

**ALLEGATO N. 1 Autocertificazione dei requisiti soggettivi professionali, morali/antimafia a nome dei soci e del Direttore della Farmacia**

<b>Il sottoscritto</b>			
Cognome		Nome	
Nato a		Prov.	il
Residente in		Prov.	CAP
Via/piazza			n.
Codice fiscale (16 caratteri)			
Cittadinanza <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> altra (specificare) _____ (Compilare le righe seguenti per cittadino straniero non comunitario)			
<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per *		<input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per *	
N	Rilasciato da	il	Valida fino al
* Specificare il motivo del rilascio			
<b>consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 di dpr 445/2000 e la decadenza dai benefici conseguenti</b>			
<b>DICHIARA</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> di essere iscritto all'Albo Professionale della Provincia di			
<input checked="" type="checkbox"/> di aver conseguito l'idoneità al diritto di esercizio della farmacia ai sensi degli artt. 7 e 13 della Legge 362/91 art. 12 della Legge 475/68 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni			
<input checked="" type="checkbox"/> di aver titolo, legittimazione e possesso dei requisiti per la presentazione della presente istanza;			
<input checked="" type="checkbox"/> di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso che impediscano l'esercizio dell'attività;			
<input checked="" type="checkbox"/> che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 67 del d.lgs. 159/2011 Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione. Sono soggetti alla dichiarazione antimafia i soggetti indicati all'art. 85 del d.lgs 159/2011.			
<input checked="" type="checkbox"/> di non incorrere in aspetti di incompatibilità nella gestione societaria ai sensi dell'art. 8 della L. 362/1991 e dell'art. 13 della Legge 475/68 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni.			
( ) <b>di non essere socio</b> in altre società titolari di farmacia nel territorio nazionale <b>ovvero</b>			
( ) <b>di essere socio</b> della seguente altra società di farmacisti			
<i>indicare esattamente la ragione sociale e il relativo ruolo ivi svolto:</i>			
_____			
<b>TRATTAMENTO DATI PERSONALI</b>			
<b>Adempimenti relativi al Regolamento (UE) 2016/679 (RGPD) in materia di Privacy</b>			
<b>[ X ]</b> 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 istanza			

Data e luogo

Firma del Dichiarante

[ ] Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del T.U. 445/2000 e del D.lgs 82/2005 e rispettive norme collegate, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa