

per: (barrare la motivazione)

- Compravendita Affitto di Azienda Donazione Fusione Fallimento Successione
 Altre cause _____

Con atto di registrazione n. _____ del _____

A tal fine il sottoscritto,

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,

DICHIARA

In caso di titolare unico:

- Che sono decorsi anni _____ (*minimo tre*) dal rilascio dell'autorizzazione n. _____ del _____ rilasciata da _____ (*ultima in ordine di rilascio*);
- Che con il rilascio dell'atto di cui al presente procedimento (autorizzazione per subentro) il sottoscritto risulterà titolare dell'esercizio di una sola farmacia sull'intero territorio nazionale;
- di essere iscritto all'Albo Professionale della Provincia di _____;
- di aver conseguito l'idoneità al diritto di esercizio della farmacia ai sensi degli artt. 7 e 13 della L.362/91, art. 12 della L. 475/68 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni;
- di non incorrere in aspetti di incompatibilità nella gestione societaria ai sensi dell'art. 8 della L. 362/91 e dell'art. 13 della L. 475/68 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni;
- di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso che impediscano l'esercizio dell'attività;
- che ai fini antimafia non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza o sospensione di cui al D.lgs. 159/2011 "Codice antimafia" e s.m.i.;
- di non avere modificato i locali precedentemente autorizzati;
- di essere consapevole della necessità di attivare ulteriori ed eventuali endo-procedimenti, denunce o notifiche informative prescritte da altre disposizioni normative necessarie ai fini dello svolgimento dell'attività;

In caso di società:

- Che sono decorsi anni _____ (*minimo tre*) dal rilascio dell'autorizzazione n. _____ del _____ rilasciata da _____ (*ultima in ordine di rilascio*);
- di non incorrere in aspetti di incompatibilità nella gestione societaria ai sensi dell'art. 8 della L. 362/91 e dell'art. 13 della L. 475/68 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni;
- di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso che impediscano l'esercizio dell'attività;
- che ai fini antimafia non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza o sospensione di cui al D.lgs. 159/2011 "Codice antimafia" e s.m.i.;
- di non avere modificato i locali precedentemente autorizzati;
- di essere consapevole della necessità di attivare ulteriori ed eventuali endo-procedimenti, denunce o notifiche informative prescritte da altre disposizioni normative necessarie ai fini dello svolgimento dell'attività;

Allega i seguenti documenti:

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.*
2. Modulo per la dichiarazione di assolvimento dell'imposta di bollo
3. Copia avvenuto pagamento diritti Suap
4. Copia Atto che comprovi il titolo di trasferimento della titolarità
5. Visura Camerale
6. In caso di cittadino extracomunitario allegare copia della carta/permesso di soggiorno in corso di validità.

Inoltre, in caso di società,

1. Copia Atto costitutivo della Società
2. Dichiarazione sostitutiva dati anagrafici, titoli e requisiti professionali, antimafia **(per ciascuno dei soci)**
3. Comunicazione Nomina Direttore di Farmacia
4. Dichiarazione sostitutiva idoneità per direzione farmacia
7. 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.*

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 istanza.

Data e luogo

Firma del richiedente

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

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

Il sottoscritto			
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			
1	<p>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</p> <p style="text-align: center;">DICHIARA</p>		
	<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.		
	<p>() di non essere socio in altre società titolari di farmacia nel territorio nazionale ovvero</p> <p>() di essere socio della seguente altra società di farmacisti</p> <p><i>indicare esattamente la ragione sociale e il relativo ruolo ivi svolto:</i></p> <p>_____</p>		
<p>TRATTAMENTO DATI PERSONALI</p> <p>Adempimenti relativi al Regolamento (UE) 2016/679 (RGPD) in materia di Privacy</p> <p>[X] 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</p>			

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