

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

**L.R. 16/2000 FARMACIE  
DOMANDA PER TRASFERIMENTO DELLA TITOLARITÀ**

**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' \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Ai sensi della L.R. 16/2000 e successive modifiche ed integrazioni, **l'attivazione dei procedimenti amministrativi diretti all'ottenimento dell'atto di Trasferimento della titolarità nell'esercizio della Farmacia denominata** \_\_\_\_\_

Sede Farmaceutica n° \_\_\_\_\_ della pianta organica del Comune di \_\_\_\_\_ con sede in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Di cui all'Autorizzazione rilasciata da \_\_\_\_\_ atto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Intestata a \_\_\_\_\_ PIVA/C.F. \_\_\_\_\_

per: (barrare la motivazione)

☐ Compravendita ☐ Affitto di Azienda ☐ Donazione ☐ Fusione ☐ Fallimento ☐ Successione

☐ Altre cause \_\_\_\_\_

Con atto di registrazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

(Se l'atto è in corso di registrazione, dovrà essere allegata la dichiarazione del notaio che lo attesti)

**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**

- ☐ Che sono decorsi anni \_\_\_\_\_ (*minimo tre*) dal rilascio dell'autorizzazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ rilasciata da \_\_\_\_\_ (*ultima in ordine di rilascio*);
- ☐ di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso che impediscano l'esercizio dell'attività con particolare riguardo al reato di truffa ai danni del SSN;
- ☐ 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 aver modificato i locali precedentemente autorizzati e 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;
- ☐ 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;

### **Compilare Se Titolare Unico:**

- ☐ 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 nelle incompatibilità dell'art 13 della L. 475/68 (posti il ruolo nella Pubblica Amministrazione e Università o propaganda medicinali) e art 102 e 112 del RD 1265/1934 TULS (cumulo di professioni sanitarie e cumulo di più autorizzazioni)

### **Compilare Se SOCIETA':**

- ☐ di non incorrere in aspetti di incompatibilità nella gestione societaria ai sensi dell'art. 7 e 8 della 362/91 modificato dall'art 1 c. 157 L. 124/17 e dell'art.13 della L. 475/68 e L. 892/1984 e s.m. (vedi apposita dichiarazione di tutti i soci sia farmacisti che non farmacisti);
- ☐ **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) |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale (obbligatorio) |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale (obbligatorio) |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale (obbligatorio) |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

- ☐ 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 farmacista o non farmacista**



**Mod A1- DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di ATTO NOTORIETA' per ASSENZA INCOMPATIBILITA'  
GESTIONE SOCIETARIA FARMACIE (Area ASL Toscana centro)**  
art. 46,47 DPR 445/2000, L. 475/68, L.362/91, L. 124/17

*Tale dichiarazione deve essere prodotta da tutti i soci e dalle società (legale rappresentante) in caso di domanda di autorizzazione alla titolarità ai sensi dell'art 7 L362/91 o alla comunicazione ai sensi dell'art 8 c.2 L. 362/91 relativa ad ogni variazione dello statuto societario (compresa quella della compagine sociale) della società titolare di farmacia/e. (1) (5)*

Il **SOTTOSCRITTO** Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_)

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Cittadinanza Italiana ovvero \_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_), Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000

**Ai fini di (barrare casistica) [art 7 c.1 (7), art 8 c.2 (5) L. 362/91 e smi]**

A) **DOMANDA per RILASCIO AUTORIZZAZIONE TITOLARITA' della Farmacia** \_\_\_\_\_ sede  
n. \_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_ sita via /pzza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

B) **MANTENIMENTO REQUISITI DI TITOLARITA' della /delle seguente/i Farmacia/e** (variazione compagine sociale quote, variazione natura giuridica, variazione legale rappresentante etc) **di pertinenza del Comune di** \_\_\_\_\_

-Farmacia \_\_\_\_\_ sede n. \_\_\_\_

loc \_\_\_\_\_ via /pzza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ cod regionale \_\_\_\_\_

-Farmacia \_\_\_\_\_ sede n. \_\_\_\_

loc \_\_\_\_\_ via /pzza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ cod regionale \_\_\_\_\_

-Farmacia \_\_\_\_\_ sede n. \_\_\_\_

loc \_\_\_\_\_ via /pzza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ cod regionale \_\_\_\_\_

-Farmacia \_\_\_\_\_ sede n. \_\_\_\_

loc \_\_\_\_\_ via /pzza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ cod regionale \_\_\_\_\_

**DICHIARA di**

**ESSERE:** ☐ **SOCIO/ SOCIO LEGALE RAPPRESENTANTE** ☐ **LEGALE RAPPRESENTANTE NON SOCIO**

**Della società (sec art 7 c.1 L 362/91 smi)**

☐ **Società di persone** ☐ **Società Cooperativa a r.l.** ☐ **Società di capitali**

**Denominata** " \_\_\_\_\_ "

sede legale \_\_\_\_\_ Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

PIVA \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

☐ di non aver riportato condanne penali né aver procedimenti penali in corso che impediscano l'esercizio dell'attività con particolar riguardo al reato di truffa ai danni del SSN **(8)**

☐ che ai fini antimafia non sussistono nei propri confronti e della società le cause di divieto, decadenza, o sospensione di cui al D.Lgs. 159/2011 e s.m.i. "Codice antimafia"; **(8)**

☐ di ESSERE FARMACISTA e iscritto all'Albo Farmacisti della Provincia di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

**Oppure** ☐ **NON essere FARMACISTA**

☐ di non incorrere (sia nel caso di socio che nel caso di società per conto della quale il legale rappresentante rimette la dichiarazione) in aspetti di incompatibilità per la gestione societaria ai sensi dell'art. 13 della L.475/68 e smi (2), ai sensi dell'art. 7 c.2 e dell'art 8 c.1 L 362/91 e slm **(3) (4) (8)** **OVVERO**

- non svolgere alcuna attività nel settore della produzione e informazione scientifica del farmaco
- non essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e non esercitare la professione medica

- non avere alcun rapporto di lavoro pubblico o privato
- non ricoprire posti di ruolo nell'amministrazione dello Stato compreso quelli di assistente e titolare di cattedra universitaria, e di enti locali o comunque pubblici

☐ di NON prestare alcuna attività professionale presso la/le suddette farmacie **OPPURE**  
☐ di prestare la propria attività professionale presso la farmacia \_\_\_\_\_ in  
 qualità di \_\_\_\_\_

☐ di non essere socio in altre società titolari di farmacie nel territorio nazionale **OPPURE**  
☐ di esser socio di altra/e società titolari di farmacie o di magazzini ingrosso art 100 Dlvo 219/06 e cioè:  
 (elencare la/le società di cui il singolo/la società fa parte e le rispettive farmacie e magazzini ad essa/e afferenti)

**NB In caso lo spazio non sia sufficiente allegare ulteriore allegato con elenco integrativo**

☐ che è rispettato quanto previsto dall'art 1 c. 158 L.124/17 **(9)**  
☒ ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 30/06/2003, n.196, di essere informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

#### ALLEGATI

- ☒ copia non autenticata del documento di riconoscimento in corso di validità (obbligatorio)  
☐ integrazione al presente modello in quanto facente parte di ulteriori società titolari di farmacie/grossisti di medicinali (elenco integrativo)  
☒ Visura camerale storica della società e dei soci (obbligatori)  
☐ altro \_\_\_\_\_

li \_\_\_\_\_

**FIRMA (6)**

#### NOTE:

**(1)** Dich. ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445/2000. I requisiti di non incompatibilità debbono essere rispettati dalle società e da tutti i soci. Vedi Parere del Consiglio di Stato N. Affare 01962/17 prot.00069/2018 Adunanza del 22/12/17 e Parere Ministero della Salute 947-17/01/2020 DGSAF-MDS-P.

**(2)** Art. 13 L.475/68 e smi "Il titolare di una farmacia ed il direttore responsabile, non possono ricoprire posti di ruolo nell'amministrazione dello Stato, compresi quelli di assistente e titolare di cattedra universitaria, e di enti locali o comunque pubblici, nè esercitare la professione di propagandista di prodotti medicinali. Il dipendente dello Stato o di un ente pubblico, qualora a seguito di pubblico concorso accetti la farmacia assegnatagli, dovrà dimettersi dal precedente impiego e l'autorizzazione alla farmacia sarà rilasciata dopo che sia intervenuto il provvedimento di accettazione delle dimissioni."

**(3)** Art 7 c.2. L. 362/91 "Le società di cui al comma 1 (art 7 c.1 Sono titolari dell'esercizio della farmacia privata le persone fisiche, in conformità alle disposizioni vigenti, le società di persone, le società di capitali e le società cooperative a responsabilità limitata) hanno come oggetto esclusivo la gestione di una farmacia. La partecipazione alle società di cui al comma 1 è incompatibile con qualsiasi altra attività svolta nel settore della produzione e informazione scientifica del farmaco, nonché con l'esercizio della professione medica. Alle società di cui al comma 1 si applicano, per quanto compatibili, le disposizioni dell'articolo 8".

**(4)** Art 8 c.1 L. 362/91 "La partecipazione alle società di cui all'articolo 7, salvo il caso di cui ai commi 9 e 10 di tale articolo, è incompatibile: a) nei casi di cui all'articolo 7, comma 2, secondo periodo; b) con la posizione di titolare, gestore provvisorio, direttore o collaboratore di altra farmacia; c) con qualsiasi rapporto di lavoro pubblico e privato."

**(5)** Art 8 c. 2. L. 361/91 Lo statuto delle società di cui all'articolo 7 e ogni successiva variazione, ivi incluse quelle relative alla compagine sociale, sono comunicati, entro sessanta giorni, alla Federazione degli ordini dei farmacisti italiani nonché all'assessore alla sanità della competente regione o provincia autonoma, all'ordine provinciale dei farmacisti e all'azienda sanitaria locale competente per territorio

**(6)** Firma del socio singolo / legale rappresentante; L'istanza può essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

**(7)** Art 7 c.1 L. 362/91 "Sono titolari dell'esercizio della farmacia privata le persone fisiche, in conformità alle disposizioni vigenti, le società di persone, le società di capitali e le società cooperative a responsabilità limitata".

**(8)** Il possesso di tale requisito è indispensabile per richiedere/esercitare il diritto alla titolarità di farmacie

**(9)** art 1 c. 158 L. 124/17 le società titolari ai sensi art 7 L. 362/91 "possono controllare, direttamente o indirettamente, ai sensi degli articoli 2359 e seguenti del codice civile, non più del 20 per cento delle farmacie esistenti nel territorio della medesima regione o provincia autonoma". Art 1 c.159.L'Autorità garante della concorrenza e del mercato provvede ad assicurare il rispetto delle disposizioni di cui al comma 158 attraverso l'esercizio dei poteri di indagine, di istruttoria e di diffida ad essa attribuiti dalla legge 10 ottobre 1990, n. 287"

**FARMACIE – COMUNICAZIONE NOMINA DIRETTORE di FARMACIA (1)**

(R.D. 1706/38 – L. 475/68- L. 392/91 - L. 124/2017 e smi)

- **All'Azienda USL Toscana Centro Dipartimento del Farmaco- SOS Vigilanza sulle farmacie Ambito territoriale di :** ☐ Firenze ☐ Empoli ☐ Pistoia ☐ Prato  
(barrare la casella relativa all'ambito territoriale in cui ha sede la farmacia)  
Via pec [farmaco.uslcentro@postacert.toscana.it](mailto:farmaco.uslcentro@postacert.toscana.it)

- **Al Comune/ al SUAP del Comune di** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**scrivere solo in stampatello**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

in qualità di ☐ LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA SOCIETA' ☐ ALTRO \_\_\_\_\_

con Denominazione/Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Cod Fisc/ PIVA \_\_\_\_\_ autorizzato alla titolarità della **FARMACIA** sede n. \_\_\_\_\_ del  
Comune di \_\_\_\_\_ DENOMINATA \_\_\_\_\_

Sita in via /p.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cod reg. \_\_\_\_\_

**COMUNICA CHE DAL GIORNO** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **LA DIREZIONE DELLA FARMACIA E' AFFIDATA AL**  
**Dr/Dr.ssa** \_\_\_\_\_ **COD FISC** \_\_\_\_\_,

residente in \_\_\_\_\_ via/pzza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Iscritt \_ all'Ordine dei farmacisti della provincia di \_\_\_\_\_ n. di iscriz. \_\_\_\_\_ ,

tel cell \_\_\_\_\_ ed in possesso dei requisiti richiesti.

Consapevole che la nomina prevede anche l'assegnazione delle credenziali SOGEI da parte della ASL,  
dichiara che ogni modifica sarà comunicata prontamente a Codesti Spettabili Uffici in tempi utili per lo  
svolgimento di tutte le procedure amministrative compreso quelle relative ai suddetti adempimenti.

**Si allegano i seguenti documenti relativi al Direttore incaricato:**

- Autocertificazione di essere iscritto all'Ordine professionale alla data della presente comunicazione **(2)**
- Attestato ASL oppure Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà relativa al possesso del requisito di idoneità acquisito per concorso per assegnazione sedi farmaceutiche ovvero per svolgimento di almeno due anni di pratica professionale ai sensi art. 6 L. 892/1984 (Obbligatorio per farmacie PRIVATE a gestione societaria sec Legge 124/17 art 1 c.157, non per le PUBBLICHE) **(1)**
- Copia del codice fiscale

Li \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

**Il Farmacista DIRETTORE** per accettazione, presa  
visione ed autorizzazione al trattamento dei propri dati  
personali ai sensi D.Lvo 196/03

**Il legale rappresentante/altro**

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso)

\_\_\_\_\_  
(Timbro e firma per esteso)

(1)Utilizzare l'apposita modulistica predisposta da ASLTC

**FARMACIE – Dichiarazione sostitutiva IDONEITA' per DIREZIONE FARMACIA (1) (3)**  
**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (art 46- 47 DPR 28/12/00 n. 445)**

*Scrivere solo in stampatello*

Il /La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ ( ) via/p.zza \_\_\_\_\_  
n \_\_\_\_\_, tel cell \_\_\_\_\_

**Ai sensi dell'art 47 DPR 445/00, sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi ai sensi dell'art 75 e 76 DPR 445/00**

**DICHIARA di**

- Essere iscritto ad oggi all'Ordine dei Farmacisti di \_\_\_\_\_ al n \_\_\_\_\_
- Non essere titolare, gestore provvisorio, direttore tecnico o collaboratore di altra farmacia
- Non essere incompatibile ai sensi dell'art. 13 L.475/68 e smi (2) ne' per altre cause o altre attività che possano interferire con la direzione della farmacia che si impegna a svolgere tempo pieno
- Essere in possesso dei requisiti di idoneità previsti dalla vigente normativa (3) per svolgere la funzione di Direttore di Farmacia privata a gestione societaria (art 1 c.157 L124/17) acquisiti mediante (barrare casistica A e/o casistica B e specificare i dati richiesti):

[...] **A) PRATICA PROFESSIONALE** svolta presso le seguenti farmacie nei rispettivi periodi  
(inserire i dati completi negli appositi spazi)

| Farmacia , indirizzo, provincia | Codice regionale | Dal (gg/mm/aa) | Al (gg/mm/aa) |
|---------------------------------|------------------|----------------|---------------|
|                                 |                  |                |               |
|                                 |                  |                |               |
|                                 |                  |                |               |
|                                 |                  |                |               |

**OPPURE**

[...] **B) CONCORSO PER SEDI FARMACEUTICHE** (specificare regione, data e riferimento GU/BUR):

**Allegati - copia documento in corso di validità**

**Il dichiarante (4)**

Li \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

- (1) I requisiti sono obbligatori sia per la nomina (art 7 c.3 L.362/91) che per la sostituzione temporanea nella direzione (art 7 c.4 L. 362/91) di farmacia PRIVATA gestita da società, così come modificato dall'art 1 c. 157 L. n.124/17.
- (2) Art. 13 L.475/68 e smi "Il titolare di una farmacia ed il direttore responsabile, non possono ricoprire posti di ruolo nell'amministrazione dello Stato, compresi quelli di assistente e titolare di cattedra universitaria, e di enti locali o comunque pubblici, nè esercitare la professione di propagandista di prodotti medicinali (...omissis)
- (3) art 7 c.3 e 4 L.369/91 modificati dall'art 1 c. 157 L. n.124/17; art 12 L 475/68 e L.892/1984 e successive modifiche ed integrazioni
- (4) Ai sensi dell'art 38 DPR 445/00 l'istanza può essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento del sottoscrittore.