

Coordinamento Sportelli Unici <i>Sistema Gestione Qualità</i>	Modulistica	Numero	M 159
	Sanità – Farmacie – subingresso per atto fra vivi	Pag.	
	Nome file: <i>SUAPM159r01</i>	Rev. 01	del 14/04/04

Istruzioni per l'interessato:

Modello per la presentazione della comunicazione di subingresso in attività di farmacia ai sensi del R.D.27/7/34 n. 1265 e success. modif., L.2 /4/68 n. 475 e success. modif. e integr., L.8/11/91 n.362 e della normativa regionale in materia.

Istruzioni per il Comune:

Effettuare la verifica formale della documentazione e trasmettere la documentazione alla ASL per l'acquisizione del relativo parere.

Modalità di consegna:

- via fax
- firma digitale
- al Protocollo generale o dell'ufficio ricevente
- posta ordinaria

REVISIONI			
N° REV.	DATA REV.	DESCRIZIONE	Note
00	Non revisionati	Modelli di precedenti edizioni	Non utilizzare ulteriormente. Le domande sono comunque accoglibili purchè complete nelle dichiarazioni e nella documentazione allegata.
01	14/04/2004	Prima emissione	Modello valido su tutto il territorio nazionale (salvi i modelli predisposti in base alla specifica normativa regionale).
Verifica Firma Resp:		Approvazione Firma Direzione:Provincia di Firenze	Emissione Firma RQ: Data:
<i>Dott.ssa Giuliana Benestante</i> g.benestante@comune.scandicci.fi.it		<i>Dott. Enno Ghiandelli</i> e.ghiandelli@provincia.fi.it	<i>Dott. Simone Chiarelli</i> suap@regione.toscana.it

Coordinamento Sportelli Unici Sistema Gestione Qualità	Modulistica	Numero	M 159
	Sanità – Farmacie – subingresso per atto fra vivi	Pag.	
	Nome file: SUAPM159r01	Rev. 01	del 14/04/04

SANITÀ – FARMACIE – SUBINGRESSO PER ATTO FRA VIVI

SUAP di _____

 2 copie in carta semplice + domanda unica

ovvero (se non gestiti dal SUAP)

 2 copie in carta semplice

Il sottoscritto quale [] proprietario [] esercente attività comunica i seguenti dati

PROPRIETARIO DEGLI IMMOBILI/TERRENI:

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ (Prov. ____)

Cittadinanza italiana ovvero _____

Codice
Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. ____)

Via/P.zza _____ n. _____

Tel. _____ cell. _____ Fax _____

E-mail _____ @ _____ [] barrare se certificata

Altri comproprietari: _____

Impianto sito in _____

Via/P.za _____ n. _____

Descrizione per identificazione: _____

[] catasto terreni [] catasto fabbricati - Foglio di mappa _____

particella/e _____ sub. _____

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 del DPR 445/2000 e la decadenza dai benefici conseguenti

Coordinamento Sportelli Unici Sistema Gestione Qualità	Modulistica Sanità – Farmacie – subingresso per atto fra vivi Nome file: SUAPM159r01	Numero	M 159
		Pag.	
		Rev. 01	del 14/04/04

SOGGETTO CHE ESERCITA ATTIVITA' NEGLI IMMOBILI:

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ (Prov. ____)
Cittadinanza italiana ovvero _____
Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. ____)
Via/P.zza _____ n. _____
Tel. _____ cell. _____ Fax _____
E-mail _____@_____ [] barrare se certificata
[] **Titolare della impresa individuale** [] **Legale rappresentante della Società**
[] **Proprietario/comproprietario** [] **Affittuario**
[] **Presidente** []
C.Fisc

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 P.IVA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Denominazione o Ragione Sociale _____
con sede legale ovvero [] amministrativa nel Comune di _____
(Prov. ____) Via/P.zza _____ n. _____
CAP _____ Tel. _____ Fax _____
E-mail _____@_____ [] barrare se certificata
Iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di _____ al n. _____
Iscrizione al Tribunale di _____ al n. _____ (se previsto)

REFERENTI DELL'INTERESSATO**Il sottoscritto comunica di essersi avvalso delle prestazioni di**[] **Tecnico incaricato** [] **Società di Tecnici incaricati, rappresentata da**

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ (Prov. ____)
Cittadinanza italiana ovvero _____
Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. ____)
Nr. Iscrizione _____ all'Ordine Professionale degli _____
della Provincia di _____ ; eventuale ed ulteriore abilitazione specifica:

Tel. _____ Fax _____ Cell. _____
E-mail _____@_____ [] barrare se certificata

Il sottoscritto comunica di essersi avvalso delle prestazioni di**ASSOCIAZIONE DI CATEGORIA:** _____**o altro soggetto di riferimento:** _____

Comune di _____ CAP _____ (Prov. ____)
Via/P.zza _____ n. _____
Cognome _____ Nome _____
Tel. _____ Fax _____ Cell. _____
E-mail _____@_____ [] barrare se certificata

Coordinamento Sportelli Unici <i>Sistema Gestione Qualità</i>	Modulistica Sanità – Farmacie – subingresso per atto fra vivi Nome file: SUAPM159r01	Numero M 159
		Pag.
	Rev. 01 del 14/04/04	

Subingresso nella titolarità dell'esercizio nella Farmacia _____
 di cui all'autorizzazione rilasciata da _____ atto N. _____ del _____
 intestata a _____
 Sede farmaceutica N. _____ della pianta organica del Comune di _____
 con sede in Via/P.zza _____ n. _____ CAP _____

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 del DPR
 445/2000 e la decadenza dai benefici conseguenti

A TAL FINE DICHIARA

- che il trasferimento nella titolarità è avvenuto a seguito di contratto del _____
 registrato al N. _____ presso Notaio _____

(segnalare gli estremi);

[] che il trasferimento è avvenuto a seguito di aggiudicazione con atto n. _____ del _____
 _____ rilasciata da _____ *(da compilare solo nel caso di cessione della titolarità di farmacie comunali a soggetti privati)*

- che sono decorsi anni _____ (minimo tre) dal rilascio dell'autorizzazione (ultima in ordine di rilascio) n. _____ del _____ rilasciata da _____

- che con il rilascio dell'atto di cui al presente procedimento (autorizzazione per subingresso) 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.8/11/91 n. 362 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 all'art. 10 della Legge 575/1965 (requisiti antimafia);

- di non aver 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 (quali la domanda di concessione o autorizzazione edilizia, le comunicazioni in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro, le richieste di certificati prevenzione incendi, ecc.)

- che la decorrenza degli effetti economici è dal _____

inoltre, in caso di società di persone

DICHIARA INOLTRE CHE

- La società è formata dai seguenti soci:

SOCIO 1

Cognome _____ Nome _____
 Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____ (Prov. ____)

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. _____)
 Via/P.zza _____ n. _____

Coordinamento Sportelli Unici <i>Sistema Gestione Qualità</i>	Modulistica Sanità – Farmacie – subingresso per atto fra vivi <small>Nome file: SUAPM159r01</small>	Numero M 159
		Pag.
		Rev. 01 del 14/04/04

SOCIO 2

Cognome _____ Nome _____
 Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____ (Prov. ____)
Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. ____)
 Via/P.zza _____ n. _____

SOCIO 3

Cognome _____ Nome _____
 Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____ (Prov. ____)
Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. ____)
 Via/P.zza _____ n. _____

SOCIO 4

Cognome _____ Nome _____
 Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____ (Prov. ____)
Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. ____)
 Via/P.zza _____ n. _____

- che tutti i soci sono in possesso dei requisiti previsti dalla normativa di legge al diritto di esercizio della farmacia (come da autocertificazione allegata - 1/A)

- che la **Direzione della farmacia è affidata** al

Dott. _____ in qualità di socio
 Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____ (Prov. ____)
 Cittadinanza italiana ovvero _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. ____)
 Via/P.zza _____ n. _____

Iscritto all'Albo Professionale della Provincia di _____
 Che acconsente alla nomina di Direttore della Farmacia

Firma del Direttore
 per accettazione

 (firma da apporre davanti all'impiegato oppure allegare fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità)

Coordinamento Sportelli Unici <i>Sistema Gestione Qualità</i>	Modulistica Sanità – Farmacie – subingresso per atto fra vivi Nome file: <i>SUAPM159r01</i>	Numero M 159
		Pag.
	Rev. 01 del 14/04/04	

ALLA PRESENTE ALLEGA

- Atto che comprovi il titolo di trasferimento della titolarità;
 Versamento diritti ASL e diritti SUAP - Informarsi presso il SUAP circa l'entità dei diritti da versare

inoltre, in caso di società

- documentazione attestante il diritto di esercizio della farmacia da parte di tutti i soci ai sensi degli artt. 7 e 13 della L.362/91 e art. 13 della L.475/68 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni;
oppure
 dichiarazione sostitutiva rilasciata da ciascuno di loro, di cui all'art. 46 del D.P.R. 445/2000 (all.1/A)
- documentazione attestante di non incorrere in aspetti di incompatibilità nella gestione societaria ai sensi dell'art. 8 della L.8/11/91 n. 362 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni;
oppure
 dichiarazione sostitutiva rilasciata da ciascuno di loro, di cui all'art. 46 del D.P.R. 445/2000 (all.1/A)
- dichiarazione di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso che impediscano l'esercizio dell'attività (All.1/A);
 dichiarazione , ai sensi del D.Lgs. 490/94 (requisiti antimafia) (All.1/A);
- altri allegati _____

INDICAZIONI DELL'ISTITUTO BANCARIO NONCHE' DEL CONTO CORRENTE SUL QUALE ACCREDITARE LE COMPETENZE:

_____ li _____

Firma del titolare o legale rappresentante

Firma da apporre davanti all'impiegato oppure allegare fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.