

Coordinamento Sportelli Unici <i>Sistema Gestione Qualità</i>	Modulistica Sanità – Farmacie – autocertificazione altri soci Nome file: <i>SUAPM161r01</i>	Numero M 161
		Pag.
		Rev. 01 del 14/04/04

Istruzioni per l'interessato:

Modello per la presentazione della autocertificazione da parte dei soci (all. 1/A) da allegare agli altri modelli in presenza di più soci.

Istruzioni per il Comune:

Effettuare la verifica formale della documentazione ed i controlli, anche a campione, sulle autocertificazioni prodotte.

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: <i>Dott.ssa Giuliana Benestante</i> g.benestante@comune.scandicci.fi.it		Approvazione Firma Direzione: Provincia di Firenze <i>Dott. Enno Ghiandelli</i> e.ghiandelli@provincia.fi.it	
		Emissione Firma RQ: _____ Data: _____ <i>Dott. Simone Chiarelli</i> suap@regione.toscana.it	

Coordinamento Sportelli Unici <i>Sistema Gestione Qualità</i>	Modulistica	Numero	M 161
	Sanità – Farmacie – autocertificazione altri soci	Pag.	
	Nome file: <i>SUAPM161r01</i>	Rev. 01	del 14/04/04

SANITÀ – FARMACIE – AUTOCERTIFICAZIONE ALTRI SOCI

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

Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. _____)
 Via/P.zza _____ n. _____
 Tel. _____ cell. _____ Fax _____
 E-mail _____ @ _____ [] *barrare se certificata*

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

In qualità di SOCIO

della Società di persone

Codice Fisc
P.IVA

con sede in Via/P.zza _____ n. _____
 CAP _____ Tel. _____ Fax _____ Email _____ @ _____

Denominazione della Farmacia

di cui all'autorizzazione rilasciata da _____ atto n. _____ del _____
 intestata a _____
 con sede in Via/P.zza _____ n. _____ CAP _____

DICHIARA

- Di essere Socio di una sola Società (*di cui al comma 1, art. 7, L. 8/11/91 n. 362*)
- 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 e 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;
- che il sottoscritto non ha riportato condanne penali né ha 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)

_____ li _____
(luogo) (data)

Il socio

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