bollo assolto in modalità virtuale	ALLO SPORTELLO UNICO DELLE ATTIVITÀ PRODUTTIVE DEL COMUNE DI FIRENZE
	L.R. 16/00 - FARMACIE **TRASFERIMENTO DELLA TITOLARITA'**

Il/la sottoscritto/a ……

nato/a a.....…….....……....…… .(….....) il ...…../…...../…..……...

residente a.....……..... (……)

via/piazza.....…..…….....n°..... CAP ..……

codice fiscale .....…….....recapito telefonico …… …

In qualità di […] Titolare […] Legale rappresentante […] .....

della Farmacia […] Privata […] Comunale

posta in FIRENZE, Via/Piazza ..... n. .....

CAP ..... Tel. ..... Fax .....

Sede farmaceutica N. .....della pianta organica del Comune di FIRENZE

E-mail .....…….....…….....

Posta elettronica certificata (obbligatoria) …….....…….....

C.F. […][…][…][…][…][…][…][…][…][…][…][…][…][…][…][…][…]

P.IVA […][…][…][…][…][…][…][…][…][…][…]

denominazione o ragione sociale .....

con sede legale in ……. Via/piazza …… n ……

Ai sensi della L.R. 16/2000 e successive modifiche ed integrazioni,

CHIEDE

l'attivazione dei procedimenti amministrativi, diretti all'ottenimento dell'atto di **Trasferimento della titolarità nell'esercizio della Farmacia**

.....…….....

di cui all'autorizzazione rilasciata da ..... atto N. ..... del .....

intestata a .....

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 e che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti, uso di atti falsi, l'Amministrazione è obbligata a provvedere alla pronuncia di decadenza dell'autorizzazione già rilasciata,

DICHIARA

<u>In caso di titolare unico</u>

- 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 .....……al n……..
- 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. 892/84 e successive modificazioni ed integrazioni;
- di non incorrere in aspetti di incompatibilità nella gestione societaria ai sensi degli artt. 7 e 8 della L. 362/91, così come modificata dalla Legge 4 agosto 2017, n. 124 e dell'art.13 della L. 475/68 e L. 892/84 e successive modificazioni ed integrazioni;
- di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso che impediscano l'esercizio dell'attività;
- di non aver modificato i locali precedentemente autorizzati;
- di essere consapevole della necessità di attivare ulteriori ed eventuali endo-procedimenti, denuncie 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.)

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 degli artt. 7 e 8 della L. 362/91, così come modificata dalla Legge 4 agosto 2017, n. 124 e dell'art.13 della L. 475/68 e L. 892/84 e successive modificazioni ed integrazioni;
- di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso che impediscano l'esercizio dell'attività;
- di non aver modificato i locali precedentemente autorizzati;
- di essere consapevole della necessità di attivare ulteriori ed eventuali endo-procedimenti, denuncie 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.)

DICHIARA INOLTRE CHE

- La società è formata dai seguenti soci:

SOCIO 1

Cognome ..... Nome .....

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

Codice fiscale […][…][…][…][…][…][…][…][…][…][…][…][…][…][…][…][…][…]

SOCIO 2

Cognome ..... Nome .....

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

Codice fiscale […][…][…][…][…][…][…][…][…][…][…][…][…][…][…][…][…][…]

SOCIO 3

Cognome ..... Nome .....

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

Codice fiscale […][…][…][…][…][…][…][…][…][…][…][…][…][…][…][…][…][…]

SOCIO 4

Cognome ..... Nome .....

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

Codice fiscale […][…][…][…][…][…][…][…][…][…][…][…][…][…][…][…][…][…]

- ai sensi e per gli effetti dell'art. 1, comma 158 L. 124/2017, che la società **non detiene** direttamente o indirettamente il controllo di più del 20% delle Farmacie esistenti nel territorio della Regione Toscana.

- la **Direzione della farmacia è affidata** al/alla Dr./Dr.ssa..... …….. iscritto/a all'Albo Professionale della Provincia di ..... al n. ....., che acconsente alla nomina di Direttore della Farmacia

Acconsento alla nomina di Direttore Responsabile della farmacia indicata nella presente istanza

Firma del Direttore[1]

.....

per accettazione

(allega dichiarazione assunzione incarico)

Il sottoscritto **dichiara** altresì, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30 giugno 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

ALLEGA

1. **Atto** che comprovi il titolo di trasferimento della titolarità (o **dichiarazione sostitutiva** di atto di notorietà);
2. **attestazione del versamento di € 400,00, maggiorato della vigente imposta di bollo**
   - mediante bonifico bancario sul conto corrente **IBAN IT75I0306902887100000300015** intestato a COMUNE DI FIRENZE - PALAZZO VECCHIO, specificando la suddetta causale "L.R. 16/2000 - rilascio autorizzazione per ..... – diritti istruttoria"
   - oppure tramite il sistema pagamenti on line del Comune di Firenze, collegandosi al link http://centroservizi.lineacomune.it/portal/page/portal/MULTIPORTALE/FIRENZE/PAGAMENTI
3. **dichiarazione sostitutiva antimafia** (art. 67 del D. Lgs. 159/2011)
4. **Inoltre, <u>in caso di società</u>, <u>per ciascuno dei soci</u>:**

[1] Ai sensi dell' art. 38 D.P.R. 445/2000, qualora la dichiarazione sia sottoscritta dall'interessato con firma autografa deve essere allegata **copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore**

[…] **dichiarazione sostitutiva**, di cui all'art. 46 del D.P.R. 445/2000 (**all.1/A e/o all.1/B**)

5. […] dichiarazione di assunzione d'incarico del **direttore tecnico**

6. altri allegati .....

..... lì .....

Firma del titolare o legale rappresentante[2]

……

[2] Ai sensi dell' art. 38 D.P.R. 445/2000, qualora la dichiarazione sia sottoscritta dall'interessato con firma autografa deve essere allegata **copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore**