|  |
| --- |
| Imposta di bollo  assolta in modo  Virtuale  NO ONLUS |

Mod.C1 variazioni amministrative farmacie

**Al Signor Sindaco**

**Del Comune di Genova**

**Direzione Ambiente**

**Uff. Vigilanza Sanitaria**

**Via di Francia, 3 – 3° piano Matitone**

**16149 Genova**

Il sottoscritto/a........................................................................................................................nato/a a ….………........………………………… Provincia di |\_\_|\_\_| il |\_\_|\_\_|.|\_\_|\_\_|.|\_\_|\_\_|

Cittadinanza italiana ovvero …………………………………………………………………………

residente in ……………......................................, Via...........................................................…. C.A.P. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Cod. Fiscale n. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

in qualità di: |\_\_| Legale Rappresentante |\_\_| Socio

Il sottoscritto/a........................................................................................................................... nato/a a ….……........…………………………… Provincia di |\_\_|\_\_| il |\_\_|\_\_|.|\_\_|\_\_|.|\_\_|\_\_|

Cittadinanza italiana ovvero …………………………………………………………………………

residente in ……………......................................, Via...........................................................…. C.A.P. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Cod. Fiscale n. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

in qualità di: |\_\_| Legale Rappresentante |\_\_| Socio

Il sottoscritto/a........................................................................................................................... nato/a a ….………........………………………… Provincia di |\_\_|\_\_| il |\_\_|\_\_|.|\_\_|\_\_|.|\_\_|\_\_|

Cittadinanza italiana ovvero …………………………………………………………………………

residente in ……………......................................, Via...........................................................…. C.A.P. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Cod. Fiscale n. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

in qualità di: |\_\_| Legale Rappresentante |\_\_| Socio

Il sottoscritto/a........................................................................................................................... nato/a a ………........…………………………… Provincia di |\_\_|\_\_| il |\_\_|\_\_|.|\_\_|\_\_|.|\_\_|\_\_|

Cittadinanza italiana ovvero …………………………………………………………………………

residente in ……………......................................, Via...........................................................…. C.A.P. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Cod. Fiscale n. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

in qualità di: |\_\_| Legale Rappresentante |\_\_| Socio

* Della Ditta individuale……………………………………………………………………
* Della Società……………………………………………………………………………….

con sede legale in Genova, Via ……………………………………………………………………..

tel. ………………………………………..… fax ………………………………………………

PEC……………………………………E-mail .....................................................

Iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di …………………… al n. …………………………

Iscrizione al Tribunale di ………………………………………….. al n. …………………………..

Partita Iva n. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Codice Fiscale n. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**titolare della farmacia** ……………………………………………………………………………..

di cui all’autorizzazione alla titolarità rilasciata da ……………………..………………………….

Provv. N………………………………………………….….del …………………….………….

intestata a …………………………………………………………………………………………..

sita in Genova, Via ………………………………………………….. civ. ………………………..

posta nella **sede farmaceutica** singola/promiscua n. ……………….. della Pianta Organica del

Comune di Genova, e compresa nell’A.S.L. 3

**CHIEDE/CHIEDONO IL RICONOSCIMENTO DI:**

Variazione compagine sociale |\_\_|

Subentro socio |\_\_|

Recesso socio |\_\_|

Acquisto quote |\_\_|

Cessione quote |\_\_|

Donazione quote |\_\_|

Variazione patti sociali |\_\_|

Variazione ragione sociale |\_\_|

Nomina nuovo Direttore |\_\_|

Altro: ………………………………………………… |\_\_|

**come da atto notarile rogato in data che si allega (copia conforme/originale)**

**L’insegna della farmacia rimane/diventa**……………………………………………………………………

* Tutti i soci sono in possesso dei requisiti previsti dalla vigente normativa al diritto di esercizio della farmacia (come da autocertificazione allegata)
* La Direzione della farmacia è/rimane affidata al/alla Dott./Dott.ssa ………………………

che sottoscrivendo accetta la nomina di Direttore della Farmacia.

I sottoscritti dichiarano di essere informati, ai sensi e per gli effetti di cui al Decreto legislativo n. 196 del 30/05/03 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa**.**

Genova,…………………………….. Firme …………………………

……………………………

…………………………………

A tal fine ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. N. 445 DEL 28.12.2000, 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 D.P.R. N. 445 DEL 28.12.2000 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.

**(farmacisti)**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**(resa ai sensi degli articoli 46 e 47 e le dichiarazioni del D.P.R. 445/2000)**

Il sottoscritto ............................................................................................................................. nato a ….………........…………………………… Provincia di |\_\_|\_\_| il |\_\_|\_\_|.|\_\_|\_\_|.|\_\_|\_\_|

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. N. 445 del 28.12.2000, 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 D.P.R. N. 445 del 28.12.2000 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**

1. Di essere nato/a in il
2. Di essere residente in via
3. Di essere in possesso della cittadinanza …………………………………………..….;
4. Di godere dei diritti civili e politici
5. Di essere in possesso del Diploma di □ Laurea in Farmacia □ Chimica e Tecnologie Farmaceutiche conseguito presso l’Università di ……………………………………….

in data ………………………………………;

1. Di essere in possesso dell’attestato di abilitazione alla professione di farmacista conseguito presso l’Università di ………………………………. in data …………………………………;
2. Di essere iscritto all’Ordine dei Farmacisti della Provincia di …………………… al n. ………. dal giorno ……………………………;
3. di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso;
4. di non essere mai stato dichiarato fallito e di non aver procedimenti fallimentari in corso;
5. che non vi sono a carico del sottoscritto cause di divieto o di sospensione dei procedimenti previsti dalla normativa antimafia (art. 10 della L. 31 maggio 1965 n. 675) né di essere a conoscenza che sussistano, alla data odierna, tali cause in conto alla Società ……………………………….
6. che non sussistono le cause di incompatibilità di cui agli articoli 102 T.U.LL.SS. – 13 Legge 02.04.1968 n. 475;
7. che non sussistono le cause di incompatibilità di cui agli articoli 7 e 8 della Legge 08.11.1991, n. 362 come modificato dalla Legge 124/2017, di seguito riportate:

* la partecipazione alla società è incompatibile con qualsiasi altra attività’ svolta nel settore della produzione e informazione scientifica del farmaco, nonchè con l’esercizio della professione medica;
* la partecipazione alla società è incompatibile con la posizione di titolare, gestore provvisorio, direttore o collaboratore di altra farmacia;
* la partecipazione alla società è incompatibile con qualsiasi rapporto di lavoro pubblico e privato

1. di aver conseguito l’idoneità alla professione di farmacista avendo maturato il seguente stato di servizio:

dal …………………. al ……………….. in qualità di ………………………………………..

presso: ……………………………………………………………………………………………

dal …………………. al ……………….. in qualità di ………………………………………..

presso: ……………………………………………………………………………………………

Genova, lì …………………… Firma del dichiarante ……………………………………

**(non farmacisti)**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**(resa ai sensi degli articoli 46 e 47 e le dichiarazioni del D.P.R. 445/2000)**

Il sottoscritto ............................................................................................................................. nato a ….………........…………………………… Provincia di |\_\_|\_\_| il |\_\_|\_\_|.|\_\_|\_\_|.|\_\_|\_\_|

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. N. 445 del 28.12.2000, 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 D.P.R. N. 445 del 28.12.2000 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**

1. di essere nato/a in il
2. di essere residente in via
3. di essere in possesso della cittadinanza …………………………………………..……….;
4. di essere in possesso del seguente titolo di studio:……………………………………..….;
5. di godere dei diritti civili e politici
6. di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso;
7. di non essere mai stato dichiarato fallito e di non aver procedimenti fallimentari in corso;
8. che non vi sono a carico del sottoscritto cause di divieto o di sospensione dei procedimenti previsti dalla normativa antimafia (art. 10 della L. 31 maggio 1965 n. 675) né di essere a conoscenza che sussistano, alla data odierna, tali cause in conto alla Società ……………………………….
9. che non sussistono le cause di incompatibilità di cui :

* agli articoli 13 Legge 02.04.1968 n. 475;
* agli articoli 7 e 8 della Legge 08.11.1991, n. 362 come modificato dalla Legge 124/2017, di seguito riportate:
* la partecipazione alla società è incompatibile con qualsiasi altra attivita’ svolta nel settore della produzione e informazione scientifica del farmaco, nonche’ con l’esercizio della professione medica;
* la partecipazione alla società è incompatibile con la posizione di titolare, gestore provvisorio, direttore o collaboratore di altra farmacia;
* la partecipazione alla società è incompatibile con qualsiasi rapporto di lavoro pubblico e privato

Genova, lì …………………… Firma del dichiarante ……………………………………

**ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI**

1. **Istanza originale e fotocopia della stessa;**
2. **Atto notarile di costituzione di società su supporto informatico**
3. **Atto notarile comprovante le variazioni effettuate in copia originale (o conforme) e su supporto informatico;**
4. **Autocertificazione requisiti (per ognuno dei soci);**
5. **Copia documento di riconoscimento (per ognuno dei soci);**
6. **Copia codice fiscale (per ognuno dei soci);**
7. **Attestazione di versamento** di € ……………, importo già comprensivo di imposta di bollo per istanza (se dovuta) e diritti di segreteria per rilascio autorizzazione, effettuando il pagamento come indicato al tariffario reperibile sul sito del Comune di Genova – Cittadini – Ambiente Igiene- Informazioni Generali – [Tariffe e imposte per il rilascio di autorizzazioni](http://www.comune.genova.it/content/tariffe-e-imposte-il-rilascio-di-autorizzazioni-0).

Il Comune di Genova aderisce al progetto nodo nazionale dei pagamenti denominato PagoPA

***8****)* Eventuali **altri allegati …………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………..**

**………………………………………………………………………………………………..…**

**NORMATIVA DI RIFERIMENTO:**

T.U.LL.SS. approvato con R.D. 27.07.1934, n. 1265;

Legge 2.4.1968 n. 475, art. 12;

Legge 8.11.1991 n. 362 e s.m.i.;

Visto il D.Lgs. 267/2000;

Visto il D.Lgs. 196/2003;

Visto l’art. 2 Legge Regione Liguria 04.04.1991 n. 3

Visti gli artt. 77 e 80 dello Statuto del Comune di Genova;