|  |
| --- |
| Imposta di bollo  assolta in modo virtualeNO ONLUS |

**Mod. Variazioni Amministrative Depositi**

 **Al Signor Sindaco**

**Direzione Ambiente**

 **Uff. Vigilanza Sanitaria**

 **Via di Francia 3**

 **16149 Genova**

Il sottoscritto/a......................................................................................................................... nato/a a ….………........………………………… Provincia di |\_\_|\_\_| il |\_\_|\_\_|.|\_\_|\_\_|.|\_\_|\_\_| residente in ................................................................….…………….... Provincia di |\_\_|\_\_| in Via ..................................................................................……....…. C.A.P. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| in qualità di ....………………………………………...................................….......................…....

della Ditta/Presidio .............................................…………………………………………...........

con sede legale in ………………………………….. …………………………Provincia di |\_\_|\_\_|

Via ………… ………………………………………………………………………………….............

e sede operativa in Via ......................................................……....…. C.A.P. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Tel …………………….…………………… Fax …………………………… PEC………………………………………….E-mail …………………………………..

avente: partita I.V.A. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

 codice fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

iscritta alla C.C.I.A.A. al n°………………………………………………………..

**CHIEDE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| La variazione dell’autorizzazione: | ***NUMERO*** | ***ANNO*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| relativamente a: |
|  | Variazione Legale Rappresentante da a |
|  | Variazione Sede Legale da a |
|  | Variazione Denominazione Sociale da a |
|  | Variazione Responsabile di Magazzino da a |
|  | Variazione Territoriale di operatività da a |
|  | Altro ……….. |
| ***(barrare solo la casella opportuna)*** |

***Inoltre***

***DICHIARA Che nulla è cambiato rispetto a:***

* ***Titolarità***
* ***Sede Legale***
* ***Ragione Sociale***
* ***Rappresentante Legale***
* ***Sede operativa***
* ***Attività***
* ***Responsabile di Magazzino***
* ***Territorio di operatività***
* ***Di rispettare gli obblighi dell’art. 104 del D.L. 219/2006.***
* ***Di rispettare quanto previsto dall’art. 105 del D. L. 219/2006 riguardante i tempi previsti per la consegna dei medicinali***

***Barrare a seconda delle necessità le caselle opportune***

***Data……………………. Firma……………………………………..***

Ai sensi dell’art. 38, D.P.R. 445 del 18/12/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall’interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all’ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

***ELENCO ALLEGATI***

##### VARIAZIONE LEGALE RAPPRESENTANTE / SEDE LEGALE / DENOMINAZIONE SOCIALE

##### Autocertificazione a cura del Rappresentante Legale;

##### Documentazione comprovante la nomina a legale rappresentante / variazione sede legale / variazione denominazione (delibera del consiglio di amministrazione, scrittura privata, atto notarile, ecc.);

***VARIAZIONE RESPONSABILE DI MAGAZZINO***

#####  Autocertificazione a cura del Rappresentante Legale;

1. Autocertificazione relativa al possesso dei requisiti ed accettazione incarico, a firma del nuovo direttore sanitario;

***VARIAZIONE TERRITORIO OPERATIVO***

1. relazione relativa al trasporto ed alla distribuzione del medicinale;

***(IN TUTTI I CASI):***

***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 alla voce 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).

**Allegato a cura del Legale Rappresentante**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

 **(ex artt. 46 e 47 e le dichiarazioni del D.P.R. 445/2000)**

Il/la sottoscritto/a ............................................................................................................................. nato/a 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 non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso in particolare di non aver riportato condanne penali per truffa o commercio di medicinali non conformi alle disposizioni del decreto vigente;
6. di non essere mai stato dichiarato/a fallito/a e di non aver procedimenti fallimentari in corso;
7. che non vi sono a carico del/la sottoscritto/a 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 ………………………………. o in conto ai propri familiari;

Dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, **Codice in materia di protezione dei dati personali** 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, …………………… Firma del dichiarante ……………………………………

Ai sensi dell’art. 38, del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 la dichiarazione è sottoscritta dall’interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all’ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

**Allegato a cura del Responsabile di Magazzino**

 **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**(ex artt. 46 e 47 e le dichiarazioni del D.P.R. 445/2000 esente da bollo ai sensi dell’art. 37 del D**.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a ...............................……..…….........……... nato/a il .........…......................

a ..……...................……........…………. residente in .....…....................….….……………. Via .........…....................……........….....................…..........……………….... n. …...............

C.F…………………………………………………………………………………………….

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000,

**Dichiara:**

1. di essere in possesso della cittadinanza …………………………………………..….;
2. di godere dei diritti civili e politici;
3. di aver conseguito la laurea in ………………………………………… presso l’Università di ……………………………………………………. in data ………………….
4. di aver conseguito l’abilitazione presso l’Università di …………. in data …………………..
5. di essere iscritto/a all’albo dei ………………di ……….……. dal ………..al n°
6. di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso in particolare di non aver riportato condanne penali per truffa o commercio di medicinali non conformi alle disposizioni del Decreto vigente;
7. di non essere mai stato dichiarato/a fallito/a e di non aver procedimenti fallimentari in corso;
8. che non vi sono a carico del/la sottoscritto/a 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. di accettare l’incarico di **responsabile di magazzino** presso la sede o filiali della Ditta ………………………………………………………….. sita in Via…………..………………..n ………. E che svolgerà la propria attività nella sede indicata nella presente richiesta di autorizzazione in maniera continuativa con un orario compatibile con le necessità derivanti dalle dimensioni dell’attività distributiva espletata ;

In fede

Genova, …………………………… Firma leggibile per esteso ……………………………

Ai sensi dell’art. 38, del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 la dichiarazione è sottoscritta dall’interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all’ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.