



MODELLO RICHIESTA PRESA D'ATTO VARIAZIONE SOCIETARIA

*Al Dirigente del Settore n. 3 "Assistenza Farmaceutica
Assistenza integrativa e protesica - Farmacie convenzionate
- Educazione all'uso consapevole del farmaco"
Dipartimento Salute e Welfare
Cittadella Regionale -Viale Europa - 88100 Catanzaro*

Pec Settore: farmaceutica.salute@pec.regione.calabria.it

Oggetto: Richiesta presa d'atto variazione societaria.

Il sottoscritto _____ in qualità di legale rappresentante della
società _____

titolare della Farmacia sede n° _____ del Comune di _____

ubicata in via _____ codice Fiscale _____

P.IVA _____

COMUNICA

Che con atto notarile in data _____ sono intervenute le seguenti modifiche (indicare solo quelle pertinenti):

- Cessione di quote societarie
- Variazione di ragione sociale
- Trasformazione della società
- Modifica della compagine sociale
- Modifica dei patti sociali e/o dello statuto societario

Che il direttore tecnico della farmacia è il Dr./Dott.ssa _____, in possesso dei requisiti di legge;

RICHIEDE

La presa d'atto delle variazioni intervenute

A tal fine, allega:

- Copia autentica dell'atto notarile a firma Dott. _____ Notaio con studio a _____, repertorio n° _____, raccolta n° _____, registrato a _____ il _____
- Visura camerale aggiornata;
- Per ciascuno dei soci: modello autocertificazione (vedi allegati);
- Autocertificazione del legale rappresentante relativa al controllo di non più del 20% delle farmacie del territorio regionale;
- Autocertificazione del Direttore Tecnico relativa al possesso dei requisiti;

Data _____ Firma del Legale Rappresentante _____

Firma del Direttore Tecnico per accettazione _____

Allegate fotocopie documento d'identità

ALLEGATO – AUTOCERTIFICAZIONE (PER SOCIO FARMACISTA)

Il/la sottoscritto/a Dr/Dr.ssa _____, nato a _____
il _____, Codice Fiscale _____ 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. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.

DICHIARA

- Di essere iscritto/a all'Albo dei Farmacisti di _____ al n° _____;
- Di non essere titolare né gestore provvisorio di farmacia, né direttore responsabile o collaboratore presso altra farmacia;
- Di non esplicitare attività svolta nel settore della produzione e informazione scientifica del farmaco, nonché con l'esercizio della professione medica;
- Di non aver riportato condanne penali e di non avere carichi pendenti;
- Che non sussistono cause di divieto, decadenza o sospensione di cui alla normativa antimafia.

Data _____

Firma del Farmacista _____

Allegata fotocopia documento d'identità

ALLEGATO – AUTOCERTIFICAZIONE (PER SOCIO NON FARMACISTA)

Il/la sottoscritto/a _____, nato a _____

il _____,

Codice Fiscale _____ 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. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.

DICHIARA

- Di non esplicitare attività svolta nel settore della produzione e informazione scientifica del farmaco, nonché con l'esercizio della professione medica;
- Di non aver riportato condanne penali e di non avere carichi pendenti;
- Che non sussistono cause di divieto, decadenza o sospensione di cui alla normativa antimafia.

Data _____

Firma _____

Allegata fotocopia documento d'identità

ALLEGATO – AUTOCERTIFICAZIONE (PER FARMACISTA DIRETTORE)

Il/la sottoscritto/a Dr/Dr.ssa _____, nato a _____
il _____, Codice Fiscale _____ 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. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.

DICHIARA

- Di essere iscritto/a all'Albo dei Farmacisti di _____ al n° _____;
- Di avere prestato servizio in qualità di _____
- Presso la Farmacia _____ dal _____ al _____

_____;
- Di non aver riportato condanne penali e di non avere carichi pendenti;
- Che non sussistono cause di divieto, decadenza o sospensione di cui alla normativa antimafia.

Data _____

Firma del Farmacista _____

Allegata fotocopia documento d'identità