FAC SIMILE (USARE CARTA INTESTATA DELLA FARMACIA)

|  |
| --- |
| **MODULO DI RICHIESTA DI TRASFERIMENTO DELLA TITOLARITA’ DELLA**  **FARMACIA AD UNA SOCIETA’** |

MARCA

DA BOLLO

(SECONDO TARIFFA VIGENTE)

Al Direttore

U.O.C. Servizio Farmaceutico

ATS Insubria

CONSEGNA A MANO

**OGGETTO: TRASFERIMENTO DI TITOLARITA’**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in qualità di LEGALE RAPPRESENTANTE della società “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_” con sede legale in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e partita IVA n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COMUNICA**

* Che con atto notarile a firma Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Notaio con studio a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, repertorio n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, raccolta n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, registrato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (riassumere sinteticamente il contenuto dell’atto/degli atti)
* Che la Farmacia sarà denominata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Che la Direzione Tecnica sarà affidata (o confermata) al Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/alla Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in possesso dei requisiti di legge;
* Che (solo per le società di capitali e ove non già allegato) lo Statuto Sociale sarà trasmesso a Codesto Ente entro 60 giorni dalla presente;

**RICHIEDE**

Il riconoscimento della titolarità della Farmacia sede n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ attualmente ubicata in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_che assumerà la denominazione “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”;

**A tal fine, si allega la seguente documentazione:**

* Copia autentica dell’atto notarile Costitutivo della Società in parola a firma Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Notaio con studio a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, repertorio n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, raccolta n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, registrato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

OVVERO/E

* Copia autentica dell’atto notarile di compravendita a firma Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Notaio con studio a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, repertorio n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, raccolta n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, registrato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Ricevuta di versamento della Tassa di Concessione nella misura stabilita dalla vigente legge regionale (L.R. 10/03). (La tassa non è dovuta se trattasi di farmacia rurale che gode dell’indennità di residenza);
* Marca da bollo secondo tariffa vigente per il rilascio di copia conforme della delibera di autorizzazione;
* Visura camerale aggiornata;
* Contratto di attivazione SISS;
* Per ciascuno dei soci: modello autocertificazione (vedi allegati);
* Autocertificazione del Direttore Tecnico relativa al possesso dei requisiti;
* Autocertificazione del legale rappresentante relativa al controllo di non piu’ del 20% delle farmacie del territorio regionale;
* Copia dello statuto sociale (solo per società di capitali);
* Dichiarazione di accettazione del codice di comportamento (solo se varia il rappresentante legale).

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Legale Rappresentante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Direttore Tecnico per accettazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ALLEGATO – AUTOCERTIFICAZIONE (per SOCIO FARMACISTA)

Il/la sottoscritto/a Dr/Dr.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, iscritto all’Albo dei Farmacisti di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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 essere titolare né gestore provvisorio di farmacia, né direttore responsabile o collaboratore presso altra farmacia;
* Di non esplicare attività svolta nel settore della produzione e informazione scientifica del farmaco, nonché con l'esercizio della professione medica;
* Di non aver nessun rapporto di lavoro pubblico e privato;
* 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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 incorrere nelle incompatibilità previste dagli articoli 7 e 8 Legge 362/98 e s.m.i., ove applicabili;
* 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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**

ALLEGATO – AUTOCERTIFICAZIONE (per legale rappresentante in caso di società)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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

* Che la società \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ controlla direttamente o indirettamente, ai sensi degli artt. 2359 e segg. del codice civile, non più del 20% delle farmacie esistenti nel territorio della medesima regione, ai sensi dell’art. 1 comma 158 della L. 124/2017.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allegata fotocopia documento d’identità**

Timbro farmacia

**DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE DEL CODICE DI COMPORTAMENTO**

*(ai sensi dell’art. 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)*

Io sottoscritto/a ....................................................... CF ……………………………………………………. nato/a a ……………………………………………………….………… il …………………….…………………………………………… residente a …………………………………… in Via/n. civico ……………………………………………………………………… Legale Rappresentante della Farmacia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000

DICHIARA

1. Di aver preso visione del “**Codice di comportamento**” dell’ATS dell’Insubria approvato con Delibera del Direttore Generale n. 185 del 30.03.2021 L’ATS Insubria ha altresì adottato il “Piano triennale di Prevenzione della Corruzione (2021 - 2023)”. Il “Codice di comportamento dei dipendenti pubblici”, il “Codice di comportamento dell’ATS dell’Insubria” e il “Piano triennale di Prevenzione della Corruzione (2021-2023)” sono disponibili sul sito www.ats-insubria.it ;
2. Che la nostra Farmacia, nell’ambito delle attività da noi prestate per Vostro conto, adotterà le linee di comportamento prescritte nei summenzionati documenti e che, qualora si concretizzassero inadempimenti causati da comportamenti in contrasto con le disposizioni previste dal Codice di comportamento, l’Agenzia provvederà alla irrogazione di sanzioni patrimoniali o addirittura alla risoluzione della convenzione in essere e ad avanzare, in sede giurisdizionale, eventuale richiesta di risarcimento del danno di immagine subito;
3. Di portare a conoscenza dei nostri dipendenti/collaboratori incaricati a svolgere l’attività di convenzionamento di che trattasi e del cui operato ci rendiamo pienamente responsabili, il contenuto del suddetto Codice di comportamento.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Legale rappresentante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_