

<b>1</b>	<b>ESTREMI DI ISCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE</b>
	Modalità di inoltro :via telematica
	Al SUAP del Comune DI SERRAVALLE P.SE
	<b>NUMERO ASSEGNATO ALLA PRATICA</b>

**COMUNICAZIONE NON SOGGETTA AD AUTORIZZAZIONE**  
(R.D. N.1265/1934, L. 475/1968, L.n.362/1991, L.R.n.16/2000 D.Lgs 1/2012)

Il sottoscritto, consapevole che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e che, se dal controllo effettuato, emergerà la non veridicità del contenuto di quanto dichiarato, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (Art. 75 e 76 dpr 28.12.2000 n. 445)

**RELATIVA A:**

	Codice	Nome attività	Oggetto
<b>0</b>		FARMACIE	<input type="checkbox"/> VARIAZIONE DEL LEGALE RAPPRESENTANTE <input type="checkbox"/> VARIAZIONE RAGIONE O DENOMINAZIONE SOCIALE <input type="checkbox"/> TRASFORMAZIONI SOCIETARIE <input type="checkbox"/> VARIAZIONE DIRETTORE TECNICO <input type="checkbox"/> ALTRE VARIAZIONI

**ED A TAL FINE DICHIARA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445 QUANTO SEGUE:**

<b>A1</b>	<b>DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE</b>			
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza n.			
	Tel.		Fax	Cod. fisc.
	Indirizzo email			
Iscritto all'Albo Professionale della Provincia di				
<b>A2</b>	<b>IN QUALITA' DI</b>			
	<input type="checkbox"/> Titolare della impresa individuale	<input type="checkbox"/> Legale rappresentante	<input type="checkbox"/> Institore	
<input type="checkbox"/> Procuratore abilitato con atto redatto presso lo studio notarile ..... repertorio N° ..... del ..... e registrato a ..... il .....				
<b>A3</b>	<b>DELLA</b>			
	Forma giuridica *		Denomin.**	
	Sede legale nel Comune di ***			Provincia
	Via/piaz.		N. civico	CAP
	Iscritta al Registro delle Imprese della CCIAA di		N. iscrizione registro	
	Partita IVA		Codice Fiscale	
	<i>Note:</i> * SNC, SAS, SPA, SRL, etc.; ** In caso di impresa individuale inserire l'eventuale nome (ditta) con il quale l'impresa svolge la propria attività; *** In caso di impresa individuale compilare se l'indirizzo della sede è diverso dalla residenza indicata nel quadro A1			

<b>B</b>	<b>INDIRIZZI A CUI FAR PERVENIRE LE COMUNICAZIONI</b>			
	Via		Comune	Prov. CAP
	Telefono		Cellulare	Fax
	<b>Indirizzo PEC (Posta Elettronica Certificata)*</b>			
<b>* CAMPO OBBLIGATORIO</b>				

DATI RIFERITI ALLA FARMACIA INTERESSATA DALLA VARIAZIONE

DATI RIFERITI AL FABBRICATO/UNITA' IMMOBILIARE/TERRENO/ IN CUI SI SVOLGE L'ATTIVITA'					
<b>C</b>	Indirizzo Via/P.za		Civico	Piano/scala/interno	
	Comune		Prov.	CAP	
	Altri eventuali ingressi del locale (specificare e n. civici)				
	Dati catasto: Categ.	Classe	Foglio	Numero	Sub.
	Destinazione d'uso		Dest. urbanistica di zona		
	Detenuto a titolo di <input type="checkbox"/> Proprietà <input type="checkbox"/> Affitto* <input type="checkbox"/> Altro*		*Indicare i dati del proprietario dell'immobile		

DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'				
<b>E</b>	Di cui all'autorizzazione rilasciata da _____ atto n. _____ del _____ intestata a _____			
	Denominazione _____			
	Sede Farmaceutica n. _____			
	<b>Il sottoscritto dichiara</b>			
	<input checked="" type="checkbox"/> che non sono state apportate modifiche ai locali ed agli impianti utilizzati per lo svolgimento dell'attività in cui subentra. che nel locale <input type="checkbox"/> viene <input type="checkbox"/> non viene svolta altra attività			
	<input checked="" type="checkbox"/> che non sono state apportate modifiche all'attività			
Comunica la seguente variazione: _____				

VARIAZIONE DEL LEGALE RAPPRESENTANTE				
<input type="checkbox"/> per effetto dell'atto redatto presso lo studio notarile _____ repertorio n. _____ del _____ e registrato a _____ il _____				
<input type="checkbox"/> per effetto del verbale dell'assemblea ordinaria del _____, in copia allegato alla presente				
<b>Attuale Legale Rappresentante</b>				
Cognome		Nome		
Nato a		Prov.		il _____
Residente in		Prov.		CAP _____
Via/piazza		n. _____		
Codice fiscale (16 caratteri) _____				
Cittadinanza <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> altra (specificare) <sup>1</sup> _____				
<sup>1</sup> Compilare le righe seguenti in caso di cittadino straniero non comunitario				
<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per * _____ <input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per * _____				
N _____	Rilasciato da _____	il _____	Valida fino al _____	
* Specificare il motivo del rilascio _____				
Precedente _____	Cognome _____		Nome _____	

VARIAZIONE DELLA RAGIONE SOCIALE O DELLA DENOMINAZIONE SOCIALE				
per effetto dell'atto redatto presso lo studio notarile _____ repertorio n. _____ del _____ e registrato a _____ il _____ la Società indicata nel quadro A3 è stata oggetto della seguente variazione				
Nuova ragione sociale: _____				
Nuova denominazione sociale: _____				

<b>TRASFORMAZIONI SOCIETARIE</b>				
per effetto dell'atto redatto presso lo studio notarile repertorio n. del e registrato a il la Società indicata nel quadro A3 è stata oggetto della seguente variazione				
Da _____ a _____				

<b>VARIAZIONE DEL DIRETTORE TECNICO</b>				
<input type="checkbox"/> per effetto dell' atto redatto presso lo studio notarile repertorio n. del e registrato a il				
<input type="checkbox"/> per effetto del verbale dell'assemblea ordinaria del , in copia allegato alla presente				

<b>Nuovo Direttore Tecnico</b>				
Cognome		Nome		
Nato a		Prov.	il	
Residente in		Prov.	CAP	
Via/piazza			n.	
Codice fiscale (16 caratteri)				
Cittadinanza <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> altra (specificare) <sup>1</sup>				
<sup>1</sup> Compilare le righe seguenti in caso di cittadino straniero non comunitario				
<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per *		<input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per *		
N	Rilasciato da	il	Valida fino al	
* Specificare il motivo del rilascio				
<input type="checkbox"/> di essere iscritto all'Albo Professionale della Provincia di ; al n.				
che acconsente alla nomina di Direttore della Farmacia suddetta , con decorrenza dal				
Firma per accettazione _____				
Precedente Direttore Tecnico		Cognome		Nome

<b>ALTRE VARIAZIONI</b>				
(specificare _____)				

<b>F</b>	<b>REQUISITI PERSONALI</b>
	<input checked="" type="checkbox"/> di aver titolo, legittimazione e possesso dei requisiti per la presentazione della presente istanza;
	<input checked="" type="checkbox"/> di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso che impediscano l'esercizio dell'attività;
	<input checked="" type="checkbox"/> Allo scopo dichiara che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 67 del d.lgs. 159/2011 Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione. Sono soggetti alla dichiarazione antimafia i soggetti indicati all'art. 85 del d.lgs 159/2011;
<b>F1</b>	<input checked="" type="checkbox"/> di essere iscritto all'Albo Professionale della Provincia di ;
	<input checked="" type="checkbox"/> di aver conseguito l'idoneità al diritto di esercizio della farmacia ai sensi degli artt. 7 e 13 della Legge 362/91 art. 12 della Legge 475/68 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni;
	<input checked="" type="checkbox"/> di non incorrere in aspetti di incompatibilità ai sensi dell'art. 8 della L. 362/1991, dell'art. 13 della Legge 475/68, dell'art. 102 del R.D. 1265/1934 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni.
	<b>Ognuno</b> dei soggetti che hanno potere di rappresentanza nella società, oppure i soggetti associati compileranno la sezione "Autocertificazione dei requisiti soggetti morali" di cui Allegato 1 del presente modello.

<b>F3</b>	<b>COMPILARE SOLO IN CASO DI CITTADINO STRANIERO NON COMUNITARIO</b>		
	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per *		<input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per *
	N.	Rilasciato da	Valida fino al
	* <i>Specificare il motivo del rilascio</i>		

<b>G</b>	<b>TRATTAMENTO DATI PERSONALI</b>
	[ ] di essere informato ai sensi del Reg. U.E. 679/2016 e di aver preso visione dell'informativa presente sul sito istituzionale <a href="http://www.comune.serravalle-pistoiese.pt.it">www.comune.serravalle-pistoiese.pt.it</a> nella sezione dedicata al SUAP.

Data e luogo

L'interessato deve firmare\* il presente modello

**L'interessato**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* Allegare fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento del sottoscrittore (in corso di validità). Per la **trasmissione telematica con firma digitale da parte del sottoscrittore** al Comune non è necessario l'allegato del documento di riconoscimento.

**Allegati:**

1. **Dichiarazioni di altre persone (allegato 1).** Per la **trasmissione telematica con firma digitale del/dei sottoscrittore/i** al Comune non è necessario l'allegato del documento di riconoscimento.
2. **In caso di cittadino extracomunitario allegare copia della carta/permesso di soggiorno in corso di validità**
3. **Attestazione di versamento diritti SUAP.**
4. \_\_\_\_\_

**Altre eventuali dichiarazioni richieste dal Comune a seconda dei casi o che l'interessato intende fornire nel proprio interesse**

**ALLEGATO N. 1 Autocertificazione dei requisiti soggettivi professionali, morali/antimafia a nome di altri soci e del Direttore della Farmacia**

<b>1</b>	<b>Primo dichiarante</b>			
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza			n.
	Codice fiscale (16 caratteri)			
	Cittadinanza <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> altra (specificare) (Compilare le righe seguenti per cittadino straniero non comunitario)			
	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per *		<input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per *	
	N	Rilasciato da	il	Valida fino al
	* Specificare il motivo del rilascio			
	<b>dichiara</b>			
	<input checked="" type="checkbox"/> di essere iscritto all'Albo Professionale della Provincia di			
	<input checked="" type="checkbox"/> di aver conseguito l'idoneità al diritto di esercizio della farmacia ai sensi degli artt. 7 e 13 della Legge 362/91 art. 12 della Legge 475/68 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni;			
	<input checked="" type="checkbox"/> di aver titolo, legittimazione e possesso dei requisiti per la presentazione della presente istanza;			
<input checked="" type="checkbox"/> di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso che impediscano l'esercizio dell'attività;				
<input checked="" type="checkbox"/> Allo scopo dichiara che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 67 del d.lgs. 159/2011 Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione. Sono soggetti alla dichiarazione antimafia i soggetti indicati all'art. 85 del d.lgs 159/2011.				
<input checked="" type="checkbox"/> di non incorrere in aspetti di incompatibilità nella gestione societaria ai sensi dell'art. 8 della L. 362/1991 e dell'art. 13 della Legge 475/68 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni.				
<b>2</b>	<b>Secondo dichiarante</b>			
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza			n.
	Codice fiscale (16 caratteri)			
	Cittadinanza <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> altra (specificare) (Compilare le righe seguenti per cittadino straniero non comunitario)			
	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per *		<input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per *	
	N	Rilasciato da	il	Valida fino al
	* Specificare il motivo del rilascio			
	<b>dichiara</b>			
	<input checked="" type="checkbox"/> di essere iscritto all'Albo Professionale della Provincia di			
	<input checked="" type="checkbox"/> di aver conseguito l'idoneità al diritto di esercizio della farmacia ai sensi degli artt. 7 e 13 della Legge 362/91 art. 12 della Legge 475/68 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni;			
	<input checked="" type="checkbox"/> di aver titolo, legittimazione e possesso dei requisiti per la presentazione della presente istanza;			
<input checked="" type="checkbox"/> di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso che impediscano l'esercizio dell'attività;				
<input checked="" type="checkbox"/> Allo scopo dichiara che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 67 del d.lgs. 159/2011 Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione. Sono soggetti alla dichiarazione antimafia i soggetti indicati all'art. 85 del d.lgs 159/2011.				
<input checked="" type="checkbox"/> di non incorrere in aspetti di incompatibilità nella gestione societaria ai sensi dell'art. 8 della L. 362/1991 e dell'art. 13 della Legge 475/68 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni.				
<b>3</b>	<b>Terzo dichiarante</b>			
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza			n.
	Codice fiscale (16 caratteri)			

Cittadinanza <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> altra (specificare) _____ (Compilare le righe seguenti per cittadino straniero non comunitario)			
<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per *		<input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per *	
N _____	Rilasciato da _____	il _____	Valida fino al _____
* Specificare il motivo del rilascio _____			
<b>dichiara</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> di essere iscritto all'Albo Professionale della Provincia di _____			
<input checked="" type="checkbox"/> di aver conseguito l'idoneità al diritto di esercizio della farmacia ai sensi degli artt. 7 e 13 della Legge 362/91 art. 12 della Legge 475/68 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni;			
<input checked="" type="checkbox"/> di aver titolo, legittimazione e possesso dei requisiti per la presentazione della presente istanza;			
<input checked="" type="checkbox"/> di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso che impediscano l'esercizio dell'attività;			
<input checked="" type="checkbox"/> Allo scopo dichiara che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 67 del d.lgs. 159/2011 Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione. Sono soggetti alla dichiarazione antimafia i soggetti indicati all'art. 85 del d.lgs 159/2011.			
<input checked="" type="checkbox"/> di non incorrere in aspetti di incompatibilità nella gestione societaria ai sensi dell'art. 8 della L. 362/1991 e dell'art. 13 della Legge 475/68 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni.			

**DICHIARANO**

di essere in possesso dei requisiti di onorabilità previsti dalla vigente normativa

**ACCERTARE, prima della sottoscrizione del presente documento, di essere a conoscenza ed in possesso dei requisiti previsti dalla vigente normativa. Si tratta in generale dell'assenza di precedenti penali o di particolari procedimenti penali in corso. Consultare l'ufficio per ogni dubbio o richiesta di chiarimento. La sottoscrizione in assenza dei requisiti costituisce reato ed è penalmente perseguita quale falsa dichiarazione in atti.**

Firma\* del primo dichiarante

Firma\* del secondo dichiarante

Firma\* del terzo dichiarante

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data .....

\* Allegare fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento del sottoscrittore (in corso di validità). Per la **trasmissione telematica con firma digitale da parte del sottoscrittore** al Comune non è necessario l'allegato del documento di riconoscimento.  
 \* In caso di cittadino extracomunitario allegare il permesso/carta di soggiorno.