|  |  |
| --- | --- |
| **Carta intestata** **Farmacia/Società** | Spett.leAgenzia Tutela della Salute della Città Metropolitana di MilanoUOC Vigilanza FarmaceuticaUOS Vigilanza Ispettiva Farmaceutica (specificare articolazione territoriale Milano città/ Milano est/ Milano ovest)Se trasmissione a mezzo PEC: protocollogenerale@pec.ats-milano.it  |

|  |
| --- |
| OGGETTO: **Comunicazione variazione ASSETTO socialE.****IL PRESENTE MODULO VA UTILIZZATO PER TUTTE LE MODIFICHE societarie (cambio quote, variazione ragione sociale, modifica compagine societaria, modifica percentuale quote detenute) CHE NON COMPORTANO IL TRASFERIMENTO DI TITOLARITA’ della sede farmaceutica.** |

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, legale rappresentante della Farmacia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. sede \_\_\_\_\_ ubicata in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , consapevole di quanto disposto dalla normativa vigente in materia,

**COMUNICA**

(barrare e compilare la parte di interesse)

* la variazione della ragione sociale della Società \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare denominazione precedente) ubicata presso il Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_, che assume ora la seguente ragione sociale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* la variazione dei soci/della percentuale di quote detenute dai soci:

|  |  |
| --- | --- |
| PRIMA DELLA VARIAZIONE | DOPO LA VARIAZIONE |
| SOCIO | % QUOTA SOCIETARIA | SOCIO | % QUOTA SOCIETARIA |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

A tal fine allega la seguente documentazione:

* Copia autentica dell’atto pubblico/scrittura privata autenticata munita degli estremi di registrazione all’Agenzia delle Entrate, di variazione ragione sociale/trasformazione della società e/o di trasferimento/modifica della percentuale di quote sociali detenute;
* Fotocopia carta d’identità e codice fiscale del legale rappresentante;
* In caso di modifica del Direttore Responsabile, dichiarazione sostitutiva di certificazione del direttore tecnico della Farmacia, atta a comprovare l’iscrizione all’Albo Provinciale dei Farmacisti, il requisito dell’idoneità nonché la residenza, e l’assenza di condanne penali (pag. 3);
* In caso dell’ingresso di nuovi soci:
* Per il socio farmacista:
* dichiarazione sostitutiva di atto notorio assenza di incompatibilità ai sensi della L. 362/1991 e s.m.i. (pag. 4);
* dichiarazione sostitutiva di Certificazione antimafia (pag. 7)
* fotocopia documento identità e codice fiscale;
* Per il socio non farmacista:
* dichiarazione sostitutiva di atto notorio assenza di incompatibilità ai sensi della L. 362/1991 e s.m.i. (pag. 5);
* dichiarazione sostitutiva di Certificazione antimafia (pag. 7);
* fotocopia documento identità + codice fiscale
* Per il socio soggetto giuridico:
* dichiarazione sostitutiva di atto notorio assenza di incompatibilità ai sensi della L. 362/1991 e s.m.i. (pag. 6);
* fotocopia documento identità + codice fiscale del Legale Rappresentante.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (Luogo e data) |  | (Firma del socio legale rappresentante) |

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI**

**ART. 46 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N. 445**

**N.B.: il presente modulo deve essere compilato dal Direttore Responsabile**

Il/La sottoscritto/a ……………………………………….….…………………………

C.F.: …………………..…………………… nato/a a ………………………………………… il …….……………………

residente a………………………………………......via……………………………………………………..n……….

e-mail ……………………………………………………………. Cell. ………………………………………………….

consapevole delle sanzioni previste agli artt. 75 – 76 del D.P.R. n. 445/2000, in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,

**DICHIARA**

* di essere in possesso della Laurea in ………..........……..……………………………… conseguita presso

l’Università di ………………………………….………………………….....…. in data ….................................;

* di essere abilitato all’esercizio della professione di ……………………………………… avendo superato l’esame di stato presso l’Università di ……………………………..……………… nell’anno …………….……;
* di non essere titolare, né gestore provvisorio di farmacia, né direttore responsabile o collaboratore presso altra farmacia:
* di essere/di non essere socio della farmacia di cui assume la direzione;
* nel caso in cui non fosse socio, dichiara di non essere socio di altre società titolari di sede farmaceutica;
* di non essere Persona Responsabile di distributori di medicinali ad uso umano;
* di essere iscritto al n. ………..… dell’Albo provinciale dell’Ordine dei farmacisti di ………………………………………… a far data dal……………………;
* di non aver riportato condanne penali o di non essere destinatario/a di provvedimenti che riguardano l’applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
* di aver svolto almeno due anni di servizio effettuato presso le seguenti farmacie:
1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (farmacia, città, periodo)
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (farmacia, città, periodo)
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (farmacia, città, periodo)

oppure

di aver conseguito l’abilitazione alla titolarità in data …………………………. a seguito di concorso …………………………………………………………………………………………………

**Informativa - Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. n.101/2018 e s.m.i., i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, pertanto si acconsente al trattamento degli stessi da parte di ATS Milano.**

**Il titolare del trattamento è l’Agenzia Tutela Salute della Città Metropolitana di Milano, nei confronti della quale potranno essere esercitati in ogni momento i diritti di cui al citato d.lgs. n.101/2018 e s.m.i..**

Luogo e data, …………………………………………….

 Il/La Dichiarante

……………………………………………………………….

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ**

**ART. 19 E ART. 47 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N. 445**

**N.B.: il presente modulo deve essere compilato dai soci farmacisti**

Il/La sottoscritto/a ……………………………………….….…………………………

C.F.: …………………..……………………

nato/a a ………………………………………… il …….……………………

residente a………………………………………......via……………………………………………………..n……….

consapevole delle sanzioni previste agli artt. 75 – 76 del D.P.R. n. 445/2000, in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,

**DICHIARA**

* di non essere titolare né gestore provvisorio di farmacia, né direttore responsabile o collaboratore presso altra farmacia

oppure

di essere stato titolare della farmacia sede n. ……… del Comune di …………………………….. e di aver trasferito la titolarità in data ……………………………..

* di non esplicare attività nel settore della produzione e informazione scientifica del farmaco;
* di non esercitare la professione medica;
* di non avere in essere alcun rapporto di lavoro pubblico o privato;
* di non aver riportato condanne penali o di non essere destinatario/a di provvedimenti che riguardano l’applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;

**Informativa - Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. n.101/2018 e s.m.i., i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, pertanto si acconsente al trattamento degli stessi da parte di ATS Milano.**

**Il titolare del trattamento è l’Agenzia Tutela Salute della Città Metropolitana di Milano, nei confronti della quale potranno essere esercitati in ogni momento i diritti di cui al citato d.lgs. n.101/2018 e s.m.i..**

Luogo e data, …………………………………………….

Il/La Dichiarante

……………………………………………………………….

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ**

**ART. 19 E ART. 47 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N. 445**

**N.B.: il presente modulo deve essere compilato dai soci non farmacisti**

Il/La sottoscritto/a ……………………………………….….…………………………

C.F.: …………………..……………………

nato/a a ………………………………………… il …….……………………

residente a………………………………………......via……………………………………………………..n……….

consapevole delle sanzioni previste agli artt. 75 – 76 del D.P.R. n. 445/2000, in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,

**DICHIARA**

* di non essere iscritto all’Ordine dei Farmacisti;
* di non esplicare attività nel settore della produzione e informazione scientifica del farmaco;
* di non esercitare la professione medica;
* di avere/non avere in essere alcun rapporto di lavoro pubblico o privato;
* Nel caso il dichiarante abbia in essere un rapporto di lavoro pubblico o privato, dichiara di non essere coinvolto nella gestione della farmacia;
* di non aver riportato condanne penali definitive che precludano o escludano, ai sensi delle vigenti disposizioni, la gestione di farmacia.

**Informativa - Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. n.101/2018 e s.m.i., i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa si acconsente al trattamento degli stessi da parte di ATS Milano.**

**Il titolare del trattamento è l’Agenzia Tutela Salute della Città Metropolitana di Milano, nei confronti della quale potranno essere esercitati in ogni momento i diritti di cui al citato D. Lgs. n.101/2018 e s.m.i..**

Luogo e data, …………………………………………….

Il/La Dichiarante

 ……………………………………………………….

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ**

**ART. 19 E ART. 47 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N. 445**

**N.B.: il presente modulo deve essere compilato dal Legale Rappresentante del socio persona giuridica**

Il/La sottoscritto/a ……………………………………….….…………………………

C.F.: …………………..……………………

nato/a a ………………………………………… il …….……………………

residente a………………………………………......via……………………………………………………..n……….

in qualità di legale rappresentante della società …………………………………………………………………

consapevole delle sanzioni previste agli artt. 75 – 76 del D.P.R. n. 445/2000, in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,

**DICHIARA**

che i seguenti soggetti che partecipano alla Società ………………………………………………………..:

* ……………………………………………………………
* ……………………………………………………………
* ……………………………………………………………
* ……………………………………………………………

non svolgono attività nel settore della produzione e informazione scientifica del farmaco né esercitano la professione medica.

**Informativa - Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. n.101/2018 e s.m.i., i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa si acconsente al trattamento degli stessi da parte di ATS Milano.**

**Il titolare del trattamento è l’Agenzia Tutela Salute della Città Metropolitana di Milano, nei confronti della quale potranno essere esercitati in ogni momento i diritti di cui al citato D. Lgs. n.101/2018 e s.m.i..**

Luogo e data, …………………………………………….

Il/La Dichiarante

……………………………………………………………….

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI**

**ART. 46 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N. 445**

**Autocertificazione nei casi di cui all’art. 89 del D.Lgs 159/2011**

Il/La sottoscritto/a ……………………………………….….…………………………

C.F.: …………………..……………………

nato/a a ………………………………………… il …….……………………

residente a………………………………………......via……………………………………………………..n……….

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che nei propri confronti non sussistono le cause di decadenza, di sospensione o di divieto di cui all’art. 67 del D.Lvo 06/09/2011, n. 159.

**Informativa - Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. n.101/2018 e s.m.i., i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, pertanto si acconsente al trattamento degli stessi da parte di ATS Milano.**

**Il titolare del trattamento è l’Agenzia Tutela Salute della Città Metropolitana di Milano, nei confronti della quale potranno essere esercitati in ogni momento i diritti di cui al citato d.lgs. n.101/2018 e s.m.i..**

Luogo e data, …………………………………………….

Il/La Dichiarante

……………………………………………………………….