

**- Al SUAP del Comune di PISTOIA**Tramite portale Star <http://frontoffice.comune.pistoia.it/inde/G713/SS>

e Pc A:

**- Dipartimento del farmaco ASLT Centro** Area di Pistoia tramite pec:[farmaco.uslcentro@postacert.toscana.it](mailto:farmaco.uslcentro@postacert.toscana.it)**- FOFI** tramite pec : [posta@pec.fofi.it](mailto:posta@pec.fofi.it)**- Ordine dei Farmacisti della Provincia di Pistoia**, tramite pec: [ordinefarmacistipt@pec.fofi.it](mailto:ordinefarmacistipt@pec.fofi.it)**- Regione Toscana**, tramite pec: [regione.toscana@postacert.toscana.it](mailto:regione.toscana@postacert.toscana.it)**Il sottoscritto:** Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ luogo nascita \_\_\_\_\_ (prov) \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**in qualità di**[....] **Legale rappresentante** [....] **Altro** \_\_\_\_\_**della seguente Società - denominazione / ragione sociale per esteso**

\_\_\_\_\_

P.I. \_\_\_\_\_

sede legale \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

pec \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

tel/fax \_\_\_\_\_

**In relazione alla Farmacia denominata** \_\_\_\_\_

Sede farmaceutica n. \_\_\_\_\_ della pianta organica del Comune di \_\_\_\_\_

sita in \_\_\_\_\_, Via/Piazza n. \_\_\_\_\_ cod regionale \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

pec \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

tel/fax \_\_\_\_\_

Autorizzazione titolarità della farmacia in corso di validità

atto n \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

**Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 e la decadenza dai benefici conseguenti**

**COMUNICA che sono intervenute le SEGUENTI VARIAZIONI****[...] 1 -Variazione compagine sociale (art 8 c.2 legge 362/91) in particolare:****[...] 1/A -Variazione quote societarie**

Precisare \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**[...] 1/B -Variazione natura giuridica/denominazione**

Precisare \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**[...] 1/C -Variazione Legale Rappresentante**

**Precedente:** Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
**Attuale:** \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Data di nascita \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ luogo nascita \_\_\_\_\_ (prov)\_\_\_\_  
 Cittadinanza \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
 Residente in \_\_\_\_\_ via/piazza n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

come stipulato con Atto: \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ (che si allega in copia)

**[...] 2 - per: [...] Variazione [...] Conferma del Direttore Tecnico (art 7.c. 3 legge 362/91)**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ tel cell \_\_\_\_\_  
 Data di nascita \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ luogo nascita \_\_\_\_\_ (prov)\_\_\_\_  
 Cittadinanza \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
 Residente in \_\_\_\_\_ via/piazza n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 Farmacista iscritto/a all'Albo Provincia di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_

In possesso dei requisiti di idoneità di cui alla L.362/91 art 7 c.3) come da dichiarazione MOD.DF.03.b  
 che acconsente alla nomina di Direttore della Farmacia suddetta, con decorrenza \_\_\_\_\_

Acconsento alla nomina/continuazione di Direttore Responsabile della farmacia indicata nella presente istanza  
 Firma del Direttore per accettazione

\_\_\_\_\_

<b>FARMACIE</b>	<b>Variazioni nell'ambito della società titolare e del Direttore tecnico</b> L. 475/1968; L. 362/1991; R.D. 1265/1934; D.L. 24/01/2012 n° 1, art. 11, conv con L.27/2012; L. 124/2017; Circ MinSal prot 2076P_2020; LRT 16/00	rev SUAP PT marzo_2022
-----------------	--	---------------------------

[...] **3 Altre Variazioni** (precisare anche con riferimento normativo ed eventuali allegati):

---



---



---



---

**A tal proposito DICHIARA**

- Che anche a seguito della/e variazione/i oggetto della presente comunicazione, sono rispettati tutti i requisiti previsti dalla normativa vigente, in particolare per quanto riguarda:

- L'idoneità ed il diritto di esercizio della farmacia ai sensi degli artt. 7 e 13 della L. 362/91 e art. 12 della L. 475/68 e L. 892/84 e s.m.e i.,
- Gli aspetti di incompatibilità nella gestione societaria ai sensi dell'art. 8 della L. 362/91 e art. 13 della L. 475/68 e L. 892/84 e s.m.e i. (sia per quanto concerne la società che i soci);
- Il rispetto di quanto previsto dall'art 1 comma 158 legge 124/2017;

- Di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso, compreso reati di truffa ai danni del SSN, che non consentano l'esercizio o la continuazione dell'attività;

- Che non sono stati modificati i locali ove viene svolta l'attività della farmacia rispetto all'autorizzazione in corso di validità;

- Che i locali/struttura della farmacia sono in possesso di tutti i requisiti in materia di sicurezza, igiene e sanità urbanistica ed edilizia, e rispettano quanto previsto dalle vigenti disposizioni normative, anche per quanto attiene alla prevenzione incendi e all'agibilità dei locali;

- Altro:

---



---



---



---

Note/ Precisazioni

---



---



---



---



---



---



---



---

**DICHIARAZIONI SUL POSSESSO DEI REQUISITI dei SOCI facenti parte della società**

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che i soci di seguito elencati sono in possesso dei requisiti morali e professionali e non gravati da incompatibilità/impedimenti come previsto dalla vigente normativa e autocertificazione/i allegata/e

1) Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Data di nascita \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ luogo nascita \_\_\_\_\_ (prov)\_\_\_\_  
 Cittadinanza \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

2) Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Data di nascita \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ luogo nascita \_\_\_\_\_ (prov)\_\_\_\_  
 Cittadinanza \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

3) Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Data di nascita \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ luogo nascita \_\_\_\_\_ (prov)\_\_\_\_  
 Cittadinanza \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

4) Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Data di nascita \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ luogo nascita \_\_\_\_\_ (prov)\_\_\_\_  
 Cittadinanza \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

5) Altro (precisare)

---



---



---



---

Il sottoscritto **dichiara** altresì, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196, di essere informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

**ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI OBBLIGATORI***Per Variazioni societarie*

- Copia Atto comprovante la variazione nella compagine sociale/altro oggetto di modifica
- Dichiarazione sostitutiva dati anagrafici e assenza incompatibilità di ogni socio (MOD A1)
- Dichiarazione sostitutiva antimafia ogni socio (art. 67 del D. Lgs. 159/2011)
- Visura camerale storica della società richiedente
- Visura camerale delle altre eventuali ulteriori società facenti parte della società richiedente
- Scheda persona completa di ogni socio
- Copia documento identità del dichiarante e dei soci
- Altro (specificare: \_\_\_\_\_)

*Per Variazione Direttore Tecnico*

- Copia documento identità del Direttore Tecnico
- Dichiarazione requisiti Direttore su MOD.DF.03 b

Luogo ..... li .....

.....  
 Firma come da normativa di riferimento

**Mod A1- DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di ATTO NOTORIETA' per ASSENZA INCOMPATIBILITA  
GESTIONE SOCIETARIA FARMACIE (AUSL Toscana centro)**  
art. 46,47 DPR 445/2000, L. 475/68, L.362/91, L. 124/17

Tale dichiarazione deve essere prodotta da tutti i soci e dalle società (legale rappresentante) in caso di domanda di autorizzazione alla titolarità ai sensi dell'art 7 L362/91 o alla comunicazione ai sensi dell'art 8 c.2 L. 362/91 relativa ad ogni variazione dello statuto societario (compresa quella della compagine sociale) della società titolare di farmacia/e. (1) (5)

Il **SOTTOSCRITTO** Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_ )  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ Cittadinanza Italiana ovvero \_\_\_\_\_ Residente in  
\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ), Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

**Ai fini di : [barrare la casistica A per art 7 c.1 (7), la casistica B per art 8 c.2 (5) della L. 362/91 e smi]**

A) **DOMANDA per RILASCIO AUTORIZZAZIONE TITOLARITA' della Farmacia** \_\_\_\_\_ sede  
n.\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_ sita via /pzza \_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_

B) **MANTENIMENTO REQUISITI DI TITOLARITA' della /delle seguente/i Farmacia/e** (variazione compagine sociale quote,  
variazione natura giuridica, variazione legale rappresentante etc) **di pertinenza del Comune di** \_\_\_\_\_

-Farmacia \_\_\_\_\_ sede n.\_\_\_\_  
loc \_\_\_\_\_ via /pzza \_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_ cod regionale \_\_\_\_\_

-Farmacia \_\_\_\_\_ sede n.\_\_\_\_  
loc \_\_\_\_\_ via /pzza \_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_ cod regionale \_\_\_\_\_

-Farmacia \_\_\_\_\_ sede n.\_\_\_\_  
loc \_\_\_\_\_ via /pzza \_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_ cod regionale \_\_\_\_\_

allegare elenco delle ulteriori farmacie site nel comune di cui la società è titolare (come allegato integrazione a)

**DICHIARA**

Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000

di essere [...] SOCIO/ SOCIO LEGALE RAPPRESENTANTE [...] LEGALE RAPPRESENTANTE NON SOCIO

della società: [...] Società di persone [...] Società Cooperativa a r.l. [...] Società di capitali

Denominata " \_\_\_\_\_ "  
sede legale \_\_\_\_\_ Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
PIVA \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

- di non aver riportato condanne penali né aver procedimenti penali in corso che impediscano l'esercizio dell'attività con particolar riguardo al reato di truffa ai danni del SSN (8)
- che ai fini antimafia non sussistono nei propri confronti e della società le cause di divieto, decadenza, o sospensione di cui al D.Lgs. 159/2011 e s.m.i. "Codice antimafia"; (8)
- di [...] NON essere FARMACISTA oppure di [...] ESSERE FARMACISTA e iscritto all'Albo Farmacisti della Provincia di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
- di non incorrere (sia nel caso di socio che nel caso di società per conto della quale il legale rappresentante rimette la dichiarazione) in aspetti di incompatibilità per la gestione societaria ai sensi dell'art. 7 c.2 e dell'art 8 c.1 L 362/91 e slm (3) (4) (8) **OVVERO:**
  - non svolgere alcuna attività nel settore della produzione e informazione scientifica del farmaco
  - non essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e non esercitare la professione medica
  - non essere titolare, gestore provvisorio, direttore tecnico o collaboratore di altra farmacia

- ✓ non avere alcun rapporto di lavoro pubblico o privato (con le eccezioni previste dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 11/2020) (10)
- ✓ che è rispettato quanto previsto dall'art 1 c.158 L.124/17 (8) (9)
- ✓ ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 30/06/2003, n.196, di essere informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa  
*ed inoltre*
- ✓ [...] di NON prestare alcuna attività professionale presso la/le suddetta/e farmacia/e **OPPURE** [...] di prestare la propria attività professionale presso la suddetta farmacia \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ (se direttore vedi nota 2)
- ✓ [...] di NON ESSERE socio **OPPURE** [...] di ESSERE socio delle seguenti altre società titolari di farmacie o di magazzini ingrosso art 100 Dlvo 219/06 nel territorio nazionale (elencare la/le società di cui il singolo/la società fa parte e le rispettive farmacie e magazzini ad essa/e afferenti) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*allegare eventuale ulteriore elenco delle società titolari di farmacie/grossisti di medicinali di cui il socio fa parte/possiede quote (come allegato integrazione b)*

### ALLEGATI

- ✓ copia documento di riconoscimento in corso di validità (obbligatorio)
- ✓ Visura camerale storica della società e di tutti i soci (obbligatori)
- [...] elenco di ulteriori farmacie nell'ambito del comune di cui la società è titolare (a)
- [...] elenco di ulteriori società titolari di farmacie/grossisti di medicinali di cui il socio fa parte/possiede quote (b)
- [...] Altro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **FIRMA (6)**

**NOTE:**

- (1) Dich. ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445/2000. I requisiti di non incompatibilità debbono essere rispettati dalle società e da tutti i soci. Vedi Parere del Consiglio di Stato N. Affare 01962/17 prot.00069/2018 Adunanza del 22/12/17 e Parere Ministero della Salute 947-17/01/2020 DGSAF-MDS-P.
- (2) Art. 13 L.475/68 e smi "Il titolare di una farmacia ed il direttore responsabile, non possono ricoprire posti di ruolo nell'amministrazione dello Stato, compresi quelli di assistente e titolare di cattedra universitaria, e di enti locali o comunque pubblici, nè esercitare la professione di propagandista di prodotti medicinali. Il dipendente dello Stato o di un ente pubblico, qualora a seguito di pubblico concorso accetti la farmacia assegnatagli, dovrà dimettersi dal precedente impiego e l'autorizzazione alla farmacia sarà rilasciata dopo che sia intervenuto il provvedimento di accettazione delle dimissioni."
- (3) Art 7 c.2. L. 362/91 "Le società di cui al comma 1 (art 7 c.1 Sono titolari dell'esercizio della farmacia privata le persone fisiche, in conformità alle disposizioni vigenti, le società di persone, le società di capitali e le società cooperative a responsabilità limitata) hanno come oggetto esclusivo la gestione di una farmacia. La partecipazione alle società di cui al comma 1 è incompatibile con qualsiasi altra attività svolta nel settore della produzione e informazione scientifica del farmaco, nonché con l'esercizio della professione medica. Alle società di cui al comma 1 si applicano, per quanto compatibili, le disposizioni dell'articolo 8".
- (4) Art 8 c.1 L. 362/91 "La partecipazione alle società di cui all'articolo 7, salvo il caso di cui ai commi 9 e 10 di tale articolo, è incompatibile: a) nei casi di cui all'articolo 7, comma 2, secondo periodo; b) con la posizione di titolare, gestore provvisorio, direttore o collaboratore di altra farmacia; c) con qualsiasi rapporto di lavoro pubblico e privato."
- (5) Art 8 c. 2. L. 361/91 Lo statuto delle società di cui all'articolo 7 e ogni successiva variazione, ivi incluse quelle relative alla compagine sociale, sono comunicati, entro sessanta giorni, alla Federazione degli ordini dei farmacisti italiani nonché all'assessore alla sanità della competente regione o provincia autonoma, all'ordine provinciale dei farmacisti e all'azienda sanitaria locale competente per territorio
- (6) Firma del socio singolo / legale rappresentante; L'istanza può essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.
- (7) Art 7 c.1 L 362/91" Sono titolari dell'esercizio della farmacia privata le persone fisiche, in conformità alle disposizioni vigenti, le società di persone, le società di capitali e le società cooperative a responsabilità limitata".
- (8) Il possesso di tale requisito è indispensabile per richiedere/esercitare il diritto alla titolarità di farmacie
- (9) art 1 c. 158 L 1214/17 le società titolari ai sensi art 7 L 362/91 "possono controllare, direttamente o indirettamente, ai sensi degli articoli 2359 e seguenti del codice civile, non piu' del 20 per cento delle farmacie esistenti nel territorio della medesima regione o provincia autonoma". Art 1 c.159.L'Autorita' garante della concorrenza e del mercato provvede ad assicurare il rispetto delle disposizioni di cui al comma 158 attraverso l'esercizio dei poteri di indagine, di istruttoria e di diffida ad essa attribuiti dalla legge 10 ottobre 1990, n. 287"
- (10) sentenza n.11/2020 della Corte Costituzionale: la causa di incompatibilità prevista dall'art 8, comma 1 lettera c) L 362/91, non è riferibile ai soci di società di capitali titolari di farmacie, che si limitino ad acquisirne quote, senza essere ad alcun titolo coinvolti nella gestione della farmacia

**FARMACIE – Dichiarazione sostitutiva IDONEITA' per DIREZIONE FARMACIA (1) (3)**  
**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'** (art 46- 47 DPR 28/12/00 n. 445)

Scrivere solo in stampatello

Il /La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ ( ) via/p.zza \_\_\_\_\_  
n \_\_\_\_\_, tel cell \_\_\_\_\_

**Ai sensi dell'art 47 DPR 445/00, sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi ai sensi dell'art 75 e 76 DPR 445/00**

**DICHIARA di**

- Essere iscritto ad oggi all'Ordine dei Farmacisti di \_\_\_\_\_ al n \_\_\_\_\_
- Non essere titolare, gestore provvisorio, direttore tecnico o collaboratore di altra farmacia
- Non essere incompatibile ai sensi dell'art. 13 L.475/68 e smi (2) ne' per altre cause o altre attività che possano interferire con la direzione della farmacia che si impegna a svolgere tempo pieno
- Essere in possesso dei requisiti di idoneità previsti dalla vigente normativa (3) per svolgere la funzione di Direttore di Farmacia privata a gestione societaria (art 1 c.157 L124/17) acquisiti mediante (barrare casistica A e/o casistica B e specificare i dati richiesti):

[...] **A) PRATICA PROFESSIONALE** svolta presso le seguenti farmacie nei rispettivi periodi  
(inserire i dati completi negli appositi spazi)

Farmacia , indirizzo, provincia	Codice regionale	Dal (gg/mm/aa)	Al (gg/mm/aa)

**OPPURE**

[...] **B) CONCORSO PER SEDI FARMACEUTICHE** (specificare regione, data e riferimento GU/BUR):

Allegati - copia documento in corso di validità

**Il dichiarante (4)**

Li \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (firma)

- (1) I requisiti sono obbligatori sia per la nomina (art 7 c.3 L.362/91) che per la sostituzione temporanea nella direzione (art 7 c.4 L. 362/91) di farmacia PRIVATA gestita da società, così come modificato dall'art 1 c. 157 L. n.124/17.
- (2) Art. 13 L.475/68 e smi "Il titolare di una farmacia ed il direttore responsabile, non possono ricoprire posti di ruolo nell'amministrazione dello Stato, compresi quelli di assistente e titolare di cattedra universitaria, e di enti locali o comunque pubblici, nè esercitare la professione di propagandista di prodotti medicinali (...omissis)
- (3) art 7 c.3 e 4 L.369/91 modificati dall'art 1 c. 157 L. n.124/17; art 12 L 475/68 e L.892/1984 e successive modifiche ed integrazioni
- (4) Ai sensi dell'art 38 DPR 445/00 l'istanza può essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento del sottoscrittore.