

AL SUAP DEL
COMUNE DI
PISTOIA

SANITA' FARMACIE SUBINGRESSO PER ATTO FRA VIVI
DOMANDA PER AUTORIZZAZIONE
TRASFERIMENTO DELLA TITOLARITA'
(RD 1265/34 TULS L. 475/68 L. 362/91 L. 124/17 L.R. n. 16/00, e smi)

Il sottoscritto: Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ (Prov. ____)

Cittadinanza italiana ovvero _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. ____)

Via/P.zza _____ n. _____

In qualità di

☐ **Titolare dell'impresa individuale** (persona fisica)

☐ **Legale rappresentante** (società di persone o società cooperative a r. l.) della società

denominazione o ragione sociale _____

con sede legale ovvero [] amministrativa nel Comune di _____

(Prov. ____) Via/P.zza _____ n. _____ CAP _____

Iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di _____ al n. _____

Iscrizione al Tribunale di _____ al n. _____ (se prevista)

Indirizzo a cui far pervenire le comunicazioni :

Via _____ Comune _____ prov _____ CAP _____

Telefono/Cell _____ PEC (obbligatorio) _____

CHIEDE

Ai sensi della L.R. 16/2000 e successive modifiche ed integrazioni, **l'attivazione dei procedimenti amministrativi, diretti all'ottenimento dell'atto di Trasferimento della titolarità nell'esercizio della Farmacia oggi denominata** _____

Sede farmaceutica N. _____ della pianta organica del Comune di _PISTOIA

Che intende denominare _____

con sede in Via/P.zza _____ n. _____ CAP _____

Catasto - fabbricati - foglio mappa _____ part _____ sub _____

Locali idoneità: Autorizzazione unica SUAP n _____ del _____

E-mail _____ @ _____ tel _____

PEC _____ @ _____ fax _____

C.Fisc

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

P.IVA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

di cui all'autorizzazione (ultima in ordine di rilascio) rilasciata da _____ atto N.

_____ del _____ intestata attualmente a _____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445 del 28.12.2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000 e che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti, uso di atti falsi, l'Amministrazione è obbligata a provvedere alla pronuncia di decadenza dell'autorizzazione già rilasciata,

DICHIARA

- ☒ che sono decorsi anni _____ (*minimo tre*) dal rilascio dell'autorizzazione n. _____ del _____
rilasciata da _____ (*ultima in ordine di rilascio*)
- ☒ che il trasferimento nella titolarità è avvenuto a seguito di contratto del _____ registrato al n. _____
presso Notaio _____

Compilare Se Titolare unico

- ☐ di aver conseguito l'idoneità al diritto di esercizio della farmacia ai sensi degli artt. 7 e 13 della L.362/91, art. 12 della L. 475/68 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni
- ☐ di non incorrere nelle incompatibilità dell'art. 13 della L. 475/68 (posti in ruolo nella Pubblica Amministrazione e Università o propaganda medicinali) e art. 102 e 112 del RD 1265/1934 TULS (cumulo di professioni sanitarie e cumulo di più autorizzazioni)

Compilare Se società

- ☐ di non incorrere in aspetti di incompatibilità nella gestione societaria ai sensi dell'art. 7 e 8 della 362/91 modificato dall'art. 1 c. 157 L. 124/17 e dell'art. 13 della L. 475/68 e L. 892/1984 e s.m. (vedi apposite dichiarazioni, e di tutti i soci sia farmacisti che non farmacisti);

Per tutti i casi

- ☒ di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso che impediscano l'esercizio dell'attività con particolare riguardo al reato di truffa ai danni del SSN;
- ☒ che ai fini antimafia non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza, o sospensione di cui al D.Lgs. 159/2011 "Codice antimafia" e s.m.i.;
- ☒ di non aver modificato i locali precedentemente autorizzati e che la struttura è in possesso di tutti i requisiti in materia di sicurezza, igiene e sanità urbanistica ed edilizia, e rispetta quanto previsto dalle vigenti disposizioni normative, anche per quanto attiene alla prevenzione incendi e all'agibilità dei locali.
- ☒ di essere consapevole della necessità di attivare ulteriori ed eventuali endo-procedimenti, denunce o notifiche informative prescritte da altre disposizioni normative necessarie ai fini dello svolgimento dell'attività.

IN CASO DI SOCIETA' DICHIARA INOLTRE CHE

La società è formata dai seguenti soci:

SOCIO 1 _Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ (Prov. ____)

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. ____)

Via/P.zza _____ n. _____

SOCIO 2 _Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ (Prov. ____)

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. ____)

Via/P.zza _____ n. _____

SOCIO 3 _Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ (Prov. ____)

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. ____)

Via/P.zza _____ n. _____

SOCIO 4 _Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ (Prov. ____)

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. _____)

Via/P.zza _____ n. _____

☒ che tutti i soci sono in possesso dei requisiti previsti dalla normativa di legge al diritto di esercizio della farmacia **come da dichiarazioni allegate, e a firma di ogni socio farmacista o non farmacista (mod A1)**

☒ che la società non incorre nel divieto di controllo diretto o indiretto, ai sensi dell'art 2359 c.c, di una quota superiore al 20% delle farmacie nell'ambito della regione Toscana (*)

☒ che la **Direzione della farmacia è affidata** al Dr. _____ in qualità di farmacista, iscritto all'Albo Professionale della Provincia di _____ al n. _____, esente da incompatibilità di cui all'art 13 L 475/68 e in possesso dei requisiti di idoneità sec art 1 c. 157 L.124/17 (obbligo per farmacie private a gestione societaria) che acconsente alla nomina di Direttore della Farmacia come di seguito

Acconsento alla nomina di Direttore Responsabile della farmacia indicata nella presente istanza

Firma (la firma cartacea può essere omessa in presenza di firma digitale dell'interessato. La firma cartacea è obbligatoria se la firma digitale è apposta dal procuratore incaricato)

Firma del Direttore per accettazione

Allegare fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento (in corso di validità) e, per farmacie private a gestione societaria, dichiarazione sostitutiva relativa al possesso dei requisiti per l'incarico di direzione

ALLEGATI obbligatori

☒ **Versamento diritti Suap euro 100,00 (esclusivamente con modalità PagoPa <https://iris.rete.toscana.it/public/elencoEnti.jsf?m=4>)**

☒ **Atto che comprovi il titolo di trasferimento della titolarità**

☒ **Marca da bollo da euro 16,00**

In caso di società :

☒ **atto costitutivo della società** con gli estremi di iscrizione della società al Pubblico Registro delle Imprese (Cancelleria del Tribunale)

☒ **Visura camerale storica della società e dei soci (scheda persona completa)**

☒ **Per ciascuno dei soci dichiarazione sostitutiva atto notorietà per assenza di incompatibilità MOD A1**

☒ **Dichiarazione sostitutiva di cui all'art. 46 DPR 445/2000 per il possesso dei requisiti per l'assunzione dell'incarico di Direttore (obbligatorio per farmacie private a gestione societaria) MOD ASL DF03b**

☐ Eventuale modulo di **procura speciale**

☐ Altro _____

_____ li _____

Firma (la firma cartacea può essere omessa in presenza di firma digitale dell'interessato. La firma cartacea è obbligatoria se la firma digitale è apposta dal procuratore incaricato)

Firma del titolare o legale rappresentante

Allegare fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento (in corso di validità);

(*) l'Autorità garante della concorrenza e del mercato è incaricata di assicurare il rispetto di tale divieto attraverso l'esercizio dei poteri di indagine, di istruttoria e di diffida ad essa attribuita dalla normativa vigente

**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 particolare 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. 124/17 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 più del 20 per cento delle farmacie esistenti nel territorio della medesima regione o provincia autonoma". Art 1 c.159.L'Autorità 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.