

**MODULO DI RICHIESTA DI TRASFERIMENTO DELLA TITOLARITA'
DELLA FARMACIA AD UN FARMACISTA**

MARCA DA BOLLO

Al Sindaco del Comune
di.....

Al Direttore
del Servizio Farmaceutica Territoriale
c/o Ospedale S.Bartolomeo –Via Cisa Sud
Sarzana (SP)

OGGETTO: RICHIESTA DI TRASFERIMENTO DI TITOLARITA'

Il sottoscritto :

Cognome/Nome.....

Data e luogo di nascita

Residenza(Comune,Via,n.,provincia).....

.....

Codice fiscale

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

RICHIEDE

l'atto di trasferimento della titolarità della Farmacia denominata

▪Ubicata a.....

(indicare comune, via e n° civico);

▪Con sede legale ovvero amministrativa nel Comune di.....

(prov.....) Via/Piazza.....N.....;

▪Iscritta al registro Imprese della C.C.I.A.A. dial n..... ;

- Autorizzata con Atto n.del.....intestata a
..... (inserire i dati della precedente gestione);
- Sede Farmaceutica N.....

Nuova denominazione della farmacia se richiesta:

.....
L'atto di acquisto è avvenuto il.....presso Notaio.....
.....ed è stato registrato al N.....

A tal fine, si allega la seguente documentazione (in doppia copia):

- a) - copia autentica in bollo dell'atto di acquisto con avvenuta registrazione (nella copia dovrà essere presente una marca da bollo annullata con timbro notarile ogni 4 pagine come da normativa);**
 - iscrizione al Pubblico Registro delle Imprese presso la Camera di Commercio della nuova impresa;
- b) certificato di idoneità conseguita in un concorso provinciale bandito ai sensi della Legge 2.4.68 n° 475 o dichiarazione attestante due anni di pratica professionale o certificato dell'ASL competente con i dati della eventuale precedente titolarità in data NON anteriore a sei mesi;**
- c) autocertificazione, atta a comprovare che il dichiarante:**
 - Non esplica attività nel settore della produzione, distribuzione, intermediazione ed informazione scientifica del farmaco;
 - Non è in rapporto subordinato con altri enti pubblici o privati;
 - Non è titolare di altra farmacia;
- d) certificato di iscrizione all'Ordine dei Farmacisti, in data NON anteriore a sei mesi o autocertificazione;**
- e) copia del diploma di laurea e copia del diploma di abilitazione **autenticati** nei termini di legge;**
- f) autocertificazione attestante l' assenza di condanne penali e carichi pendenti che impediscano l'esercizio dell'attività;**

- g)** autocertificazione da cui risulti di non essere mai stato dichiarato fallito e di non avere procedimenti fallimentari in corso;
- h)** autocertificazione attestante l'assenza di cause di divieto, decadenza o sospensione di cui alla normativa antimafia;
- i)** copia del codice fiscale e di carta d'identità valida, datata e firmata in originale.

Data

Firma per esteso

dr. _____ firma _____