FAC SIMILE (USARE CARTA INTESTATA DELLA FARMACIA)

|  |
| --- |
| **MODULO RICHIESTA PRESA D’ATTO DI MODIFICHE SOCIETARIE** |

MARCA

DA BOLLO

(SECONDO TARIFFA VIGENTE)

Al Direttore

U.O.C. Servizio Farmaceutico

ATS Insubria

**OGGETTO: RICHIESTA PRESA D’ATTO DI MODIFICHE SOCIETARIE.**

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IN QUALITA’ DI LEGALE RAPPRESENTANTE della società “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_” titolare della Farmacia sede n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ubicata in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cod. \_\_\_\_\_\_\_\_

COMUNICA

Che con atto notarile in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sono intervenute le seguenti modifiche (indicare solo quelle pertinenti e descriverle in sintesi):

* Cessione di quote societarie
* Variazione di ragione sociale
* Trasformazione della società
* Modifica della compagine sociale
* Modifica dei patti sociali e/o dello statuto societario

Che il direttore tecnico della farmacia è il Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in possesso dei requisiti di legge;

RICHIEDE

La presa d’atto delle variazioni intervenute

A tal fine, allega:

* Copia autentica dell’atto notarile a firma Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Notaio con studio a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, repertorio n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, raccolta n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, registrato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Solo in caso di società di capitali: copia dello statuto (o la dichiarazione di presentazione entro 60 giorni);
* Marca da bollo in tariffa vigente per il rilascio di copia conforme all’originale della determina;
* Contratto di attivazione SISS (solo se varia il rappresentante legale);
* Visura camerale aggiornata;
* Per ciascuno dei soci: modello autocertificazione (vedi allegati);
* Autocertificazione del legale rappresentante relativa al controllo di non più del 20% delle farmacie del territorio regionale;
* Autocertificazione del Direttore Tecnico relativa al possesso dei requisiti;
* Solo se varia il rappresentante legale: dichiarazione di accettazione del codice di comportamento.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Legale Rappresentante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Direttore Tecnico per accettazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ALLEGATO – AUTOCERTIFICAZIONE (per socio farmacista)

Il/la sottoscritto/a Dr/Dr.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.

DICHIARA

* Di essere iscritto/a all’Albo dei Farmacisti di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Di non essere titolare né gestore provvisorio di farmacia, né direttore responsabile o collaboratore presso altra farmacia;
* Di non esplicare attività svolta nel settore della produzione e informazione scientifica del farmaco, nonché con l'esercizio della professione medica;
* Di non aver riportato condanne penali e di non avere carichi pendenti;
* Che non sussistono cause di divieto, decadenza o sospensione di cui alla normativa antimafia.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Farmacista \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allegata fotocopia documento d’identità**

ALLEGATO – AUTOCERTIFICAZIONE (per socio non farmacista)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.

DICHIARA

* Di non esplicare attività svolta nel settore della produzione e informazione scientifica del farmaco, nonché con l'esercizio della professione medica;
* Di non aver riportato condanne penali e di non avere carichi pendenti;
* Che non sussistono cause di divieto, decadenza o sospensione di cui alla normativa antimafia.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allegata fotocopia documento d’identità**

ALLEGATO – AUTOCERTIFICAZIONE (per farmacista direttore)

Il/la sottoscritto/a Dr/Dr.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.

DICHIARA

* Di essere iscritto/a all’Albo dei Farmacisti di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Di avere prestato servizio in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Presso la Farmacia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* Di non aver riportato condanne penali e di non avere carichi pendenti;
* Che non sussistono cause di divieto, decadenza o sospensione di cui alla normativa antimafia.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Farmacista \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allegata fotocopia documento d’identità**

ALLEGATO – AUTOCERTIFICAZIONE (per legale rappresentante in caso di società)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.

DICHIARA

* che la società \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ controlla direttamente o indirettamente, ai sensi degli artt. 2359 e segg. del codice civile, non più del 20% delle farmacie esistenti nel territorio della medesima regione, ai sensi dell’art. 1 comma 158 della L. 124/2017.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allegata fotocopia documento d’identità**

Timbro Farmacia

**DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE DEL CODICE DI COMPORTAMENTO**

*(ai sensi dell’art. 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)*

Io sottoscritto/a ....................................................... CF ………………………………….…………………… nato/a a ……………………………………………………….………… il …………………………………………………………………… residente a …………………………………… in Via/n. civico ……………………………………………………….……………… Legale Rappresentante della Farmacia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Farmacia ………………………

Consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000.

DICHIARA

1. Di aver preso visione del “Codice di comportamento” dell’ATS dell’Insubria approvato con Delibera del Direttore Generale n. 185 del 30.03.2021 L’ATS Insubria ha altresì adottato il “Piano triennale di Prevenzione della Corruzione (2021 - 2023)”. Il “Codice di comportamento dei dipendenti pubblici”, il “Codice di comportamento dell’ATS dell’Insubria” e il “Piano triennale di Prevenzione della Corruzione (2021-2023)” sono disponibili sul sito [www.ats-insubria.it](https://atsinsubria-my.sharepoint.com/personal/mendolag_ats-insubria_it/Documents/Desktop/W/MODULISTICA/presa%20d'atto%20modifiche%20societarie/www.ats-insubria.it);
2. Che la nostra Farmacia, nell’ambito delle attività da noi prestate per Vostro conto, adotterà le linee di comportamento prescritte nei summenzionati documenti e che, qualora si concretizzassero inadempimenti causati da comportamenti in contrasto con le disposizioni previste dal Codice di comportamento, l’Agenzia provvederà alla irrogazione di sanzioni patrimoniali o addirittura alla risoluzione della convenzione in essere e ad avanzare, in sede giurisdizionale, eventuale richiesta di risarcimento del danno di immagine subito;
3. Di portare a conoscenza dei nostri dipendenti/collaboratori incaricati a svolgere l’attività di convenzionamento di che trattasi e del cui operato ci rendiamo pienamente responsabili, il contenuto del suddetto Codice di comportamento.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Legale rappresentante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_