

**MODELLO DOMANDA VARIAZIONE/CESSIONE QUOTE SOCIALI E MODIFICA
PATTI SOCIALI/RAGIONE SOCIALE.
(in bollo da € 16,00)**

*Al Dipartimento Sanità
Servizio Assistenza Farmaceutica
–Innovazione e Appropriatezza
Ufficio Rete Regionale Assistenza Farmaceutica
Via Conte di Ruvo, 74
65127 PESCARA*

Oggetto: Richiesta variazione /cessione quote sociali e modifica patti sociali/ragione sociale della società.....per la gestione della sede farmaceutica n..... del Comune di.....

Con la presente i sottoscritti dott. nato/a a residente in
Codice Fiscale e dott. nato/a a residente in
Codice Fiscale in qualità di soci della sedente in
..... alla via n....., il cui legale rappresentante è il dr.
.....

CHIEDONO

il riconoscimento di variazione/cessione di quote sociali e modifica dei patti sociali/ragione sociale della società.....per la gestione della sede farmaceutica n.... del Comune di, già in titolarità al/alla dr./dr.ssa, giusta Determinazione dirigenziale n..... del ..., in capo alla Società.....

A tal fine, si allega la seguente documentazione prodromica al rilascio del provvedimento regionale:

1. certificato contestuale di nascita e residenza, ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione dei soci e direttore incaricato ;
2. certificato di godimento dei diritti politici, ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione dei soci e direttore incaricato;
3. diploma di laurea, ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione dei soci/direttore (laurea.....conseguita presso.....in data);
4. certificato di abilitazione all'esercizio della professione, ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione dei soci/direttore (di essere abilitato presso l'Università dinell'anno.....);
5. certificato attestante la sussistenza dei requisiti di cui all'art. 12 L.475/1968 – idoneità all'esercizio della professione, acquisita per compiuta pratica o per concorso; ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione dei soci/del direttore: idoneità all'esercizio della professione acquisita per compiuta pratica (indicare il periodo di servizio dal ... al...) fino a compimento dei due anni e la sede farmaceutica/ le sedi farmaceutiche presso la/le quale/li è stato prestato il relativo servizio professionale; ovvero per concorso - indicare gli estremi del provvedimento di pubblicazione della graduatoria (delibera/determinazione, data e numero) e l'Ente che ha rilasciato il provvedimento;
6. certificato di iscrizione all'Ordine dei Farmacisti della Provincia, ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione dei soci/direttore (di essere iscritto all'Albo dei farmacisti della Provincia didal.....con il n.....);

7. dichiarazione sostitutiva di certificazione dei soci di non aver subito condanne penali e l'assenza di carichi pendenti dei soci/direttore(di non aver subito condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso);
8. certificato antimafia ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione dei soci/direttore attestante l'inesistenza di cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 67 del D.Lgs. 06.09.2011, n. 159 e s.m.i. (di non incorrere nelle cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 67 del D.Lgs. 06.09.2011, n. 159 e s.m.i.);
9. dichiarazione dei soci di partecipare/non partecipare ad altre società;
10. dichiarazione del rappresentante legale della società di controllare/non controllare direttamente o indirettamente più del 20% per cento delle farmacie esistenti nel territorio della Regione Abruzzo;
11. dichiarazione di insussistenza delle cause di incompatibilità di cui all'art.13 L. n.475/1968 e agli artt. 7 e 8 L. n.362/1991 dei soci;
12. dichiarazione di insussistenza delle cause di incompatibilità di cui all'art.13 L.n.475/1968 e agli artt. 7 e 8 L.n.362/1991 del direttore;
13. rogito notarile attestante la cessione di quote sociali e modifica patti sociali/ragione sociale della società, avente ad oggetto la gestione della farmacia;
14. documento di riconoscimento dei soci;
15. indirizzo pec del farmacista/dei soci.

Si allega, inoltre, marca da bollo da € 16,00 da apporre sul provvedimento amministrativo richiesto, ai sensi e per gli effetti del D.M.20.08.1992 – G.U. 21.08.1992, n.196 S.O.

I Farmacisti richiedenti
