

**MODELLO DOMANDA TRASFERIMENTO TITOLARITA' DI SEDE FARMACEUTICA
IN FAVORE DI SOCIETA' DI FARMACISTI
(in bollo da € 14,62)**

Alla Direzione Sanità
Servizio Assistenza Distrettuale-
Assistenza Farmaceutica
Ufficio Farmacie Convenzionate
Via Conte di Ruvo, 74
65121 PESCARA

Oggetto: istanza di trasferimento titolarità sede farmaceutica nr..... 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 nr. , il cui legale rappresentante è il dr.

CHIEDONO

L'autorizzazione al trasferimento della titolarità della sede farmaceutica nr... ..del Comune di , già in titolarità al/alla dr./dr.ssa , giusta Delibera di Giunta Regionale nr..... del/Determina Dirigenziale nr..... del, in capo alla medesima Società.

A tal fine si allega la seguente documentazione prodromica al rilascio della autorizzazione regionale:

1. certificato contestuale di nascita e residenza, ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione dei soci ;
2. certificato di godimento dei diritti politici, ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione dei soci;
3. originale del diploma di laurea , ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione dei soci;
4. certificato di abilitazione all'esercizio della professione, ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione dei soci;
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;
6. certificato di iscrizione all'Ordine dei Farmacisti della Provincia ove è corrente la sede farmaceutica, completo di data e numero di iscrizione, ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione dei soci;
7. dichiarazione sostitutiva di certificazione recante l'assenza di procedimenti penali e l'assenza di carichi pendenti dei soci;
8. certificato antimafia ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione dei soci;
9. certificato medico di idoneità fisica all'esercizio della professione – rilasciato da Medico di Medicina Generale - ;
10. dichiarazione del precedente titolare del rispetto delle disposizioni di cui al comma 8 dell'art.7 L.362/1991;
11. dichiarazione di insussistenza delle cause di incompatibilità di cui agli artt.13 L.475/1968 e 8 L.362/1991 dei soci;
12. attestazione di avvenuto versamento delle Tasse di Concessione di cui al D.Lgs. n.230 del 02.06.1991 ;
13. rogito notarile attestante il trasferimento della farmacia e della azienda ad essa connessa;
14. rogito notarile attestante la costituzione della società.

Si allega, inoltre, marca da bollo da € 14.62 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 richiedente

N.B. La presente modulistica è valida per l'autorizzazione al conferimento titolarità per trasferimento a seguito di compravendita, successione, donazione,scioglimento, costituzione di società.