

ISTANZA DI AUTORIZZAZIONE AL TRAFERIMENTO DELLA TITOLARITÀ DI FARMACIA A GESTIONE SOCIETARIA

Marca da bollo
valore corrente

Al Sig.
Direttore Generale
dell'Azienda Ulss 2 Marca trevigiana
Via Sant'Ambrogio di Fiera, n. 37
31100 Treviso

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa _____
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
in qualità di legale rappresentante della Società _____
(indicare ragione sociale) con sede in _____
via _____ n° _____
partiva Iva _____, con decorrenza dal giorno _____

CHIEDE

il riconoscimento del trasferimento della titolarità della _____ (n° progressivo sede) sede farmaceutica
del Comune di _____, a seguito del conferimento della
ditta individuale dr./dr.ssa _____ partita iva _____
La direzione tecnica della farmacia societaria sarà affidata al/alla dr./dr.ssa _____
_____, in possesso dei seguenti requisiti: iscrizione all'Albo
Farmacisti e possesso del requisito di idoneità o almeno due anni di servizio continuativo (art.
12 L. 475/1968).

Luogo, data _____

Timbro e firma del farmacista

Recapiti della farmacia a titolarità societaria:

telefono _____ e-mail _____

Pec _____

Allo scopo si allega:

- autocertificazione per nomina nuovo direttore tecnico
- copia codice fiscale
- copia documento di identità in corso di validità
- copia conforme dell'atto notarile registrato
- ricevuta/e di pagamento tasse regionali
- autocertificazioni dei soci (possesso requisiti, assenza di incompatibilità di cui all'art. 8 L. 362/1991 così come modificato dalla L. 124/2017, casellario giudiziale)
- autocertificazioni dei soci farmacisti (iscrizione all'Albo professionale, assenza di incompatibilità, casellario giudiziale)
- copia documenti di tutti i soci (codice fiscale e documento di identità in corso di validità)
- IBAN della società

Inviare a protocollo.aulss2@pecveneto.it