

## **1.2 ITER VARIAZIONE TITOLARITÀ**

### **TRASFERIMENTO DI TITOLARITA' FARMACIA da PERSONA FISICA a PERSONA FISICA o da PERSONA FISICA a GIURIDICA (SOCIETA')**

Il Farmacista presenta domanda di autorizzazione, alla Giunta Regionale della Campania – Area Generale di Coordinamento - Assistenza Sanitaria – Settore Tecnico Amministrativo Provinciale di Napoli, quale organo tecnico (ai sensi dell'art.12 L. 475 del 02/04/1968) **1.2a**

A tal fine allega alla domanda i seguenti documenti:

- **atto notarile di cessione o donazione o compravendita;**
- **certificato di iscrizione REGISTRO IMPRESE con dicitura ANTIMAFIA;**
- e in caso di società:**
- **atto notarile di costituzione della società;**
- **atto di nomina per il Direttore Responsabile (con fotocopia di codice fiscale e carta d'identità per singolo socio) v. 1.2e**

**inoltre per se stesso e per ogni singolo socio:**

- **certificato di idoneità alla titolarità rilasciato dalla AUSL di competenza;**

**ai sensi dell'art.46 del DPR 445 /2000:**

- **dichiarazione sostitutiva di certificazione** con cui il farmacista/socio attesta:
  - dati cumulativi di nascita, residenza e famiglia;
  - possesso di Laurea e Abilitazione in Farmacia
  - iscrizione all'Albo dell'Ordine dei farmacisti; v. **1.2b**
  - godimento dei diritti civili;
  - di essere incensurato
  - di non avere procedimenti penali pendenti

**ai sensi dell'art. 47 del DPR 445 /2000:**

- **dichiarazione sostitutiva di atto notorio** con cui il farmacista/socio attesta:
  - di non esplicitare altra attività nel settore della produzione, intermediazione e di informazione scientifica sul farmaco v. **1.2c**
  - di non essere titolare, gestore provvisorio, direttore o collaboratore di altra farmacia.
  - di non essere in rapporto di lavoro subordinato con enti pubblici o privati
- autocertificazione autenticata "antimafia" per singolo socio v. **1.2d**

Infine allega:

- fotocopia di codice fiscale e carta di identità per se stesso / ogni socio
- in calce alla Domanda di autorizzazione al Trasferimento di Titolarietà il Farmacista

comunica la partita IVA

**1.2 a - Fac-simile istanza autorizzazione trasferimento di titolarità**  
**da titolare a titolare o da titolare a società**

alla Giunta Regionale della Campania – Area Generale di Coordinamento - Assistenza Sanitaria – Settore Tecnico Amministrativo Provinciale di Napoli,

Oggetto: RILASCIO AUTORIZZAZIONE DI TRASFERIMENTO ESERCIZIO DI FARMACIA

Il sottoscritto/a Dr./a \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_, cod. fisc. \_\_\_\_\_  
premesso che il/la Dr.a \_\_\_\_\_ con atto del \_\_\_\_\_  
a rogito del Notaio \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_,  
registrato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_, ha ceduto l'azienda  
Farmacia corrente in \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il riconoscimento della titolarità dell'esercizio farmaceutico corrente in \_\_\_\_\_,  
via \_\_\_\_\_

La Farmacia sarà denominata \_\_\_\_\_ e sarà  
gestita negli stessi locali in cui attualmente è ubicata.

Si allega pertanto,

- Atto notarile costituzione società (in caso di costituzione società)
- Atto notarile donazione/cessione, vendita
- Autocertificazione idoneità alla titolarità
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà
- dichiarazione sostitutiva di certificazione
- dichiarazione sostitutiva di certificazione antimafia
- certificazione registro imprese
- atto di nomina direttore
- copia del codice fiscale

In caso di società tutti i documenti sono da esibire per ciascun socio

Firma \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE****Art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000**

Il/la sottoscritto/a Dr./Dott.ssa

\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_, cod. fisc. \_\_\_\_\_,

Farmacista, consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 DPR 445 del 28/12/2000,

DICHIARA:

- di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- di essere residente in \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso della Laurea in Farmacia conseguita presso l'Università di \_\_\_\_\_ nell'anno \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso dell'Abilitazione Professionale di Farmacia conseguita presso l'Università di \_\_\_\_\_ nell'anno \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all'Albo Professionale dei Farmacisti della Provincia di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- di avere prestato la propria attività professionale presso la Farmacia \_\_\_\_\_ del Dr. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;
- ovvero nel caso di più Farmacie
- di avere conseguito la titolarità con biennio di pratica
- di godere dei diritti civili;
- di essere incensurato ;
- di non avere procedimenti penali pendenti.

In fede

Data

Firma

allegare copia di documento di identità valido

**1.2c**

**ALLEGATO 2**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
(ART. 47 D.P.R. 445 DEL 28/12/2000)**

il/la sottoscritto/a Dr./Dott.ssa \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_, cod.  
fisc. \_\_\_\_\_, farmacista, consapevole delle sanzioni penali  
previste nel caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 DPR 445 del 28/12/2000,  
**con effetto dalla data in cui le sarà riconosciuta dalla competente Autorità Sanitaria  
Amministrativa la qualità di socio della società** "Farmacia \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ dei Dott.ri \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ snc o sas", con sede in \_\_\_\_\_,  
via \_\_\_\_\_, codice fiscale  
\_\_\_\_\_, con oggetto la gestione della farmacia corrente in  
\_\_\_\_\_

DICHIARA

- di non essere titolare, né gestore provvisorio di farmacia, né direttore responsabile o collaboratore presso altra farmacia;
- di non svolgere attività alcuna nel settore della produzione, intermediazione ed informazione scientifica del farmaco;
- di non essere in rapporto di lavoro subordinato con enti pubblici o privati;

data

Firma

all. fotocopia documento identità valido

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445)**

Il/la \_\_\_\_\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Dr./Dott.ssa  
\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_, cod.

fisc. \_\_\_\_\_, Farmacista, consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 DPR 445 del 28/12/2000,

DICHIARA

quale socio della Società

"Farmacia \_\_\_\_\_"

con sede in

\_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_, ai sensi dell'art. 5 del DPR 3/06/1998 n. 252 "Regolamento recante norme per la semplificazione dei procedimenti relativi al rilascio delle comunicazioni e delle informazioni antimafia" **che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 l. 31/05/1965 n. 575.**

In fede

data

firma

allegato documento di identità valido

**ATTO DI NOMINA DEL DIRETTORE**

I sottoscritti:

- Dr. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_, Farmacista,  
codice fiscale \_\_\_\_\_;
- Dr. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_, Farmacista,  
codice fiscale \_\_\_\_\_;
- Dr. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_, Farmacista,  
codice fiscale \_\_\_\_\_;

nella loro qualità di unici soci della società "FARMACIA \_\_\_\_\_"

con sede legale in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_,  
partita iva \_\_\_\_\_,

con oggetto la gestione della FARMACIA corrente in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_

**nominano**

quale DIRETTORE RESPONSABILE della sopra citata Farmacia il/la Dr/Dott.ssa \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ che firma in calce per accettazione.

Distinti saluti.

data

firma dei soci

firma per accettazione