

<b>PROVINCIA di GROSSETO</b>    <b>Coordinamento SUAP</b>	<b>FARMACIE</b>	
	<b>VARIAZIONI NON SOGGETTE AD AUTORIZZAZIONE</b>	
	MODELLO: <b>SANV</b>	VERSIONE: 15/12/2022

**Avvertenza: il presente modulo deve essere utilizzato esclusivamente a completamento della procedura disponibile su STAR (Sistema Telematico di Accettazione Regionale) per le procedure di competenza dello Sportello Unico alle Attività produttive di cui al DPR 160/2010.**

**I dati anagrafici completi, sono ASSOLTI CON LA PROCEDURA ONLINE.**

Il sottoscritto,

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

i cui dati anagrafici completi, oltreché i dati relativi la localizzazione dell'intervento, forniti su modulo unificato Regione Toscana, parte integrante della presente richiesta, consapevole che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e che, se dal controllo effettuato, emergerà la non veridicità del contenuto di quanto dichiarato, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 e 76 DPR 28.12.2000 n°445)

in qualità di : \_\_\_\_\_

dell'impresa denominata \_\_\_\_\_

**Farmacia privata**

**Farmacia comunale**

### COMUNICA

La **variazione non soggetta ad autorizzazione** (specificare la variazione intervenuta):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**il nuovo Direttore tecnico è Dott.** \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_)

Residenza: Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_)

Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

è Iscritto all'Albo Professionale della Provincia di \_\_\_\_\_

che acconsente alla nomina di Direttore della Farmacia \_\_\_\_\_

**Firma del Direttore**

\_\_\_\_\_

