

|  |  |                     |
|--|--|---------------------|
| <b>PROVINCIA di<br/>GROSSETO</b><br><br><br><br><b>Coordinamento<br/>SUAP</b> | <b>L.R. 16/00 - FARMACIE</b>           |                     |
|  | <b>TRASFERIMENTO DELLA TITOLARITA'</b> |                     |
|  | MODELLO: <b>SANV1</b>                  | VERSIONE: 9/06/2023 |

**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 \_\_\_\_\_

Ai sensi della L.R. 16/2000 e successive modifiche ed integrazioni,

### CHIEDE

l'attivazione dei procedimenti amministrativi, diretti all'ottenimento dell'atto di Trasferimento della titolarità nell'esercizio della Farmacia.....  
di cui all'autorizzazione rilasciata da ..... atto N. ....  
del .....intestata a .....

## DICHIARA

### In caso di titolare unico

- che sono decorsi anni .....(minimo tre) dal rilascio dell'autorizzazione n..... del..... rilasciata da.....(ultima in ordine di rilascio )
- che con il rilascio dell'atto di cui al presente procedimento (autorizzazione per subentro) il sottoscritto risulterà titolare dell'esercizio di una sola farmacia sull'intero territorio nazionale;
- di essere Iscritto all'Albo Professionale della Provincia di.....al n..... di aver conseguito l'idoneità al diritto di esercizio della farmacia ai sensi degli artt. 7 e 13 della L.362/91, art. 12 della L. 475/68 e L. 892/84 e successive modificazioni ed integrazioni;
- di non incorrere in aspetti di incompatibilità nella gestione societaria ai sensi degli artt. 7 e 8 della L. 362/91, così come modificata dalla Legge 4 agosto 2017, n. 124 e dell'art.13 della L. 475/68 e L. 892/84 e successive modificazioni ed integrazioni;
- di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso che impediscano l'esercizio dell'attività;
- di non aver modificato i locali precedentemente autorizzati;
- di essere consapevole della necessità di attivare ulteriori ed eventuali endo-procedimenti, denunce o notifiche informative prescritte da altre disposizioni normative necessarie ai fini dello svolgimento dell'attività (quali la domanda di concessione o autorizzazione edilizia, le comunicazioni in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro, le richieste di certificati prevenzione incendi, ecc.)

### In caso di società

- che sono decorsi anni .....(minimo tre) dal rilascio dell'autorizzazione n..... del ..... rilasciata da .....(ultima in ordine di rilascio )
- di non incorrere in aspetti di incompatibilità nella gestione societaria ai sensi degli artt. 7 e 8 della L. 362/91, così come modificata dalla Legge 4 agosto 2017, n. 124 e dell'art.13 della L. 475/68 e L. 892/84 e successive modificazioni ed integrazioni;
- di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso che impediscano l'esercizio dell'attività;
- di non aver modificato i locali precedentemente autorizzati;
- di essere consapevole della necessità di attivare ulteriori ed eventuali endo-procedimenti, denunce o notifiche informative prescritte da altre disposizioni normative necessarie ai fini dello svolgimento dell'attività (quali la domanda di concessione o autorizzazione edilizia, le comunicazioni in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro, le richieste di certificati prevenzione incendi, ecc.)

## DICHIARA INOLTRE CHE

- **La società è formata dai seguenti soci:**

### **SOCIO 1**

Cognome ..... Nome.....

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

Codice fiscale [...][...][...][...][...][...][...][...][...][...][...][...][...][...]



- [...] dichiarazione di assunzione d'incarico del **direttore tecnico**
- altri allegati.....

..... li .....

Firma del titolare o legale rappresentante  
.....