


PROVINCIA di GROSSETO  Coordinamento SUAP	L.R. 16/00 - FARMACIE	
	GESTIONE EREDITARIA	
	MODELLO: SANV4	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)

PREMESSO CHE IN DATA E' DECEDUTO il dr.....

Titolare della Farmacia.....

Codice Fiscale [...][...][...][...][...][...][...][...][...][...][...][...][...][...][...]

P.IVA [...][...][...][...][...][...][...][...][...][...]

posta in Via/P.zzan.Cap.....

e-mail

posta elettronica certificata (obbligatoria)

Sede Farmaceutica n.della pianta organica del Comune di, autorizzazione rilasciata daatto n..... del..... intestata a.....

IN QUALITA' DI:

Coniuge

Erede in linea retta

tutore (in caso di eredi minorenni)

Ai sensi e per gli effetti delle disposizioni di cui all'art. 12 L. n. 475/1968 e successive modifiche e integrazioni e art. 7 L. n.362/1991,

DICHIARA

di continuare in via provvisoria l'esercizio della Farmacia sopra descritta

COMUNICA

che a seguito del decesso oggetto della presente dichiarazione sono intervenute le seguenti variazioni:

• la Direzione Tecnica della farmacia è affidata a:

Dr/Dr.ssa

Iscritto all'Albo Professionale della Provincia di, al n.

(allega Dichiarazione di Assunzione di incarico)

• nuova denominazione e/o ragione sociale:

.....

Il/La sottoscritto/a dichiara altresì, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196, di essere informato/a che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

ALLEGA

1. Copia Atto Notarile, oppure, Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà resa con le modalità di cui all'art. 38 del D.P.R. 445/2000, dalla quale risultino i nominativi degli eredi, la data di nascita, la residenza ed il grado di parentela (vedi fac simile allegato)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47, D.P.R. 445 del 28.12.2000)

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome).....
nato/a ila
residente a (prov.)
p.za/via n.
domiciliato/a in (prov.) in via n.

consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci come previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e successive modificazioni

DICHIARA

(indicare gli stati, qualità personali o fatti necessari ai fini dell'autorizzazione richiesta ed autocertificabili a isensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(luogo e data)

Il/La dichiarante

.....