Luogo, data

Alla SC Servizio Farmaceutico

ATS della Val Padana

|  |
| --- |
| Oggetto: |
| ***(indicare quanto indicato nell’atto notarile)*** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Il/la sottoscritto/a: | | | |
| Nato/a a: | il | | |
| CF: | | | |
| Residente a: | in via | nr. | |
| Professione: | | | |
| Legale Rappresentante della società | | | |
| con sede legale in | in via | nr. | |
| con sede operativa in | in via | nr. | |
| ***(solo*** ***se diversa da sede legale)*** |  | |  |
| P.IVA: | | | |
| C.F.: |  | |  |
| telefono: |  | |  |
| cellulare: |  | |  |
| Posta elettronica ordinaria (PEO) |  | |  |
| Posta elettronica certificata (PEC) |  | |  |
| a cui afferisce la sede farmaceutica n. | Urbana Rurale | | |
| Denominazione Farmacia | | | |
| ***(solo se diversa da denominazione società)*** |  | |  |
| ubicata a | in via | nr. | |
| Codice Identificativo Regionale | | | |
| ***(da omettere in caso di trasferimento titolarità)*** |  | |  |

**CHIEDE**

(barrare una o più voci interessate)

* Riconoscimento/Trasferimento della titolarità
* Cessione di quota sociale
* Modifica patti sociali
* Modifica ragione sociale
* Trasformazione societaria
* Altro (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Con decorrenza indicativamente dal | |
| come da atto notarile stipulato a | in data |
| redatto dal Notaio | |
| numero di repertorio | numero di raccolta |
| registrato a | in data |
| al numero | serie |

**COMUNICA:**

**Dati relativi ai soci della società:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome e Nome: | | | | |
| Nato/a a: | | Prov.: | il | |
| CF: | | | | |
| Residente a: | in via | | | nr. |
| Professione: | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome e Nome: | | | | |
| Nato/a a: | | Prov.: | il | |
| CF: | | | | |
| Residente a: | in via | | | nr. |
| Professione: | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome e Nome: | | | | |
| Nato/a a: | | Prov.: | il | |
| CF: | | | | |
| Residente a: | in via | | | nr. |
| Professione: | | | | |

**Dati relativi alla società socia della società:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Denominazione società: | | | | | |
| CF/P.IVA: | |  | | |  |
| Sede Legale in | | Prov.: | | |  |
| in via | |  | | |  |
| Legale Rappresentante: | |  | | |  |
| Nato/a a: | | Prov.: | il | | |
| CF: | | | | | |
| Residente a: | in via | | | nr. | |
| Professione: | | | | | |

**Dati relativi al Direttore Tecnico:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome e Nome: | | | | |
| Nato/a a: | | Prov.: | | il |
| CF: | | | | |
| Residente a: | in via | | | nr. |
| Iscritto/a all’Albo dei Farmacisti della Provincia di | | | al numero | |

(solo nel caso di passaggio da società con più soci a società con unico socio):

“Preciso che intendo usufruire del disposto dell'articolo 2272 c.c. per effetto del quale intendo ripristinare la pluralità dei soci entro il termine di mesi 6 dalla stipula (quindi entro la data del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), così come altresì precisato dall'articolo 7 comma 12 della legge 362 del 8/11/1991.

A tal fine si allega la seguente documentazione:

* Copia autentica dell’atto costitutivo/verbale assemblea della società;
* Certificato di iscrizione alla C.C.I.A.A. della società e di eventuali società socie;
* Ricevuta di versamento della tassa di concessione regionale da effettuarsi nella misura prevista dal D.L. n. 230 del 22/6/1991, accedendo al Portale dei pagamenti di Regione Lombardia [*https://pagamentinlombardia.servizirl.it/pa/home.html*](https://pagamentinlombardia.servizirl.it/pa/home.html)

***(dovuto solo in caso di riconoscimento/trasferimento della titolarità)*;**

* Modulo 1: Richiesta vidimazione registro stupefacenti e registro di entrata e uscita stupefacenti e sostanze psicotrope;

***(dovuti solo in caso di riconoscimento/trasferimento della titolarità)*;**

* Modulo 2: dati anagrafici e contabili farmacia;
* Marca da bollo da 16,00 euro;

Per ciascun legale rappresentante/socio non farmacista, *ove presente*:

* Modulo 3: Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà;
* Modulo 5: Autocertificazione antimafia;
* Modulo 6: Dichiarazione sostitutiva di certificazione;
* Copia documento d’identità e tessera sanitaria in corso di validità;

Per ciascun legale rappresentante/socio farmacista, *ove presente*:

* Modulo 3bis: Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà;
* Modulo 5: Autocertificazione antimafia;
* Modulo 6: Dichiarazione sostitutiva di certificazione;
* Copia documento d’identità e tessera sanitaria in corso di validità;

Per ciascun legale rappresentante di società socia, *ove presente*:

* Modulo 3ter: Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà;
* Modulo 5: Autocertificazione antimafia;
* Modulo 6: Dichiarazione sostitutiva di certificazione;
* Copia documento d’identità e tessera sanitaria in corso di validità;

Per il direttore tecnico:

* Modulo 3bis: Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà;
* Modulo 4: Dichiarazione sostitutiva di certificazione (albo);
* Modulo 5: Autocertificazione antimafia;
* Modulo 6: Dichiarazione sostitutiva di certificazione;
* Copia documento d’identità e tessera sanitaria in corso di validità;

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere a conoscenza delle procedure da adottare per la gestione del SISS, relativamente alle incombenze verso il provider e il relativo nuovo contratto e tutto ciò che comporta l’attivazione delle carte (direttore tecnico ed eventuali collaboratori) e si impegna a inoltrare, nel minor tempo possibile, all’ATS della Val Padana, tramite email al servizio farmaceutico [farmaceutico@ats-valpadana.it](mailto:farmaceutico@ats-valpadana.it), il contratto e i moduli A e B debitamente compilati.

***Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE***

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati all’Agenzia di Tutela della Salute della Val Padana saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento679/2016/UE.  
Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici.  
Il Titolare del trattamento dei dati personali è l’Agenzia di Tutela della Salute della Val Padana.  
L’Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE.  
L’informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell’ente all'indirizzo [www.ats-valpadana.it](http://www.ats-valpadana.it). Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dall'ente è reperibile presso la sede dell’Agenzia di Tutela della Salute della Val Padana, può essere contattato utilizzando i recapiti istituzionali dell'ente (protocollo@pec.ats-valpadana.it) indicati sul sito web www.ats-valpadana.it ed è il seguente soggetto:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DPO** | **P. IVA** | **Via/Piazza** | **CAP** | **Comune** | **Rappresentante del DPO** |
| LTA S.R.L. | 14243311009 | Via della Conciliazione, 10 | 00193 | Roma | RECUPERO LUIGI |

Firmato il legale rappresentante