Al DIRETTORE GENERALE

**Marca da bollo**

**€ 16,00**

Azienda Sanitaria Locale VC

C.so M. Abbiate, 21

13100 Vercelli

E p.c. Direttore SC Farmaceutica

Territoriale

**OGGETTO: Domanda d’autorizzazione al trasferimento della titolarità da farmacista a società o da società a società.**

La/Il sottoscritta/o dr./dr.ssa Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov. \_\_\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_\_\_\_\_ e domiciliato (indicare solo se diverso dalla residenza) a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_\_\_tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il riconoscimento del trasferimento di titolarità della farmacia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare denominazione precedente) ubicata presso il Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_ partire dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con la denominazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

In proposito comunica che la direzione tecnico-professionale è affidata al farmacista

Dr./Dr.ssa , nato/a il , che è in possesso dei requisiti di legge previsti e dichiara di assumersi tutte le responsabilità inerenti l’incarico.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma per accettazione

 Il Direttore incaricato

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine allega la seguente documentazione:

* Atto notarile registrato di costituzione della società e di compravendita/trasferimento della titolarità (originale o copia conforme);
* Ricevuta di versamento della tassa di concessione Regionale, tassa di ispezione, contributo annuale farmacie non rurali[[1]](#footnote-1);
* Visura camerale semplice della CCIAA di appartenenza.

Per ciascuno dei soci:

* Dichiarazione sostitutiva di certificazione (FT.MO.2310.nn) **(in caso di socio Farmacista);**
* Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (FT.MO.2308.nn);
* Dichiarazione antimafia (FT.MO.2309.nn);
* Fotocopia carta d’identità e codice fiscale.

Data Firma del richiedente



1. Gli importi relativi alla tassa di concessione e alla tassa di ispezione sono reperibili sul sito della Regione Piemonte alla pagina https://www.regione.piemonte.it/web/temi/tributi/tcr/tasse-sulle-concessioni-regionali-tcr [↑](#footnote-ref-1)