

Istanza di trasferimento titolarità- gestione societaria (redigere in carta legale)

Spett.le
Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
Via Degasperi n. 79
38100 Trento

Il sottoscritto/i.....
nato/i a.....il.....residente/i a..... in qualità di legale rappresentante/i della
società "Farmacia....." (indicare la ragione sociale) con sede
in.....via.....partita IVA n.

Chiede/ono il riconoscimento del diritto all'esercizio della farmacia con sede
in.....via....., in subingresso a far data dal.....
al dott., già titolare dell'omonima farmacia, come risulta
da.....(specificare se contratto di compravendita o altro) di data.....,
registrato presso l'Ufficio delle Entrate di.....in data.....al
n°.....

Il nominativo del direttore responsabile è.....

Allo scopo dichiara/arano che tutti i soci della suddetta società sono in possesso dei requisiti previsti
dall'art. 12, L. 475/1968 e succ. mod. per il trasferimento della titolarità di farmacia, e che

- ☐ non sussistono le condizioni di incompatibilità alla titolarità previste dalla normativa vigente
- ☐ che alla data di autorizzazione non sussisteranno le condizioni di incompatibilità alla titolarità previste dalla normativa vigente

Allo scopo si allegano i seguenti certificati, relativi ai soci della società:

- autocertificazione di iscrizione all'Ordine dei farmacisti
- autocertificazione di idoneità alla titolarità
- copia autentica in bollo dell'atto di ... (es. compravendita, conferimento societario) registrato
- 1 marca da bollo per il rilascio del provvedimento autorizzativo
- ricevuta di pagamento di 300 euro – rilascio provvedimento autorizzativo

Riservandosi la produzione di eventuale ulteriore documentazione si inoltrano distinti saluti

Data.....

Firma/e