

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	Trasferimento titolarità a società (FT.MO.2352.05).doc
		pag1/2

Marca da bollo
€ 16,00

Al **DIRETTORE GENERALE**
 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

Stesura: Dr.ssa Rossana Monciino	Verifica: Dr.ssa Antonietta Barbieri	Autorizzazione: Dr.ssa Antonietta Barbieri	Emissione: Dr.ssa Rossana Monciino
<i>Dirigente Farmacista SC Farmaceutica Territoriale – Ottobre 2024</i>	<i>Direttore SC Farmaceutica Territoriale – Ottobre 2024</i>	<i>Direttore SC Farmaceutica Territoriale – Ottobre 2024</i>	<i>Dirigente Farmacista SC Farmaceutica Territoriale – Ottobre 2024</i>
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.			

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	Trasferimento titolarità a società (FT.MO.2352.05).doc pag2/2
---	---------------	---

A tal fine allega la seguente documentazione:

- Atto notarile registrato dell'atto di compravendita/trasferimento (originale o copia conforme);
- Ricevuta di versamento della tassa di concessione Regionale, tassa annuale di ispezione, contributo annuo farmacie non rurali¹;
- Modulo_csi_variazione_dati_farmacie;
- Tracciabilità (GAI.MO.0132.nn);
- Visura camerale semplice della CCIAA di appartenenza;
- Fotocopia carta d'identità e codice fiscale del sottoscrittore.

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>

Stesura: Dr.ssa Rossana Monciino	Verifica: Dr.ssa Antonietta Barbieri	Autorizzazione: Dr.ssa Antonietta Barbieri	Emissione: Dr.ssa Rossana Monciino
Dirigente Farmacista SC Farmaceutica Territoriale – Ottobre 2024	Direttore SC Farmaceutica Territoriale – Ottobre 2024	Direttore SC Farmaceutica Territoriale – Ottobre 2024	Dirigente Farmacista SC Farmaceutica Territoriale – Ottobre 2024
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.			