REGIONE SICILIA **Mod. 5/F** All'ASP di _____ Tramite il SUAP del Comune di _____ *Indirizzo*_____ *PEC / Posta elettronica*_____	***Compilato a cura del SUAP:*** Pratica _____ del _____ Protocollo _____ □ Notifica le variazioni dell'autorizzazione (Regolamento UE 6/2019 e Artt. 17 – 23 D.lgs. 07/12/2023 n. 218)

|__| 01 subingresso (voltura/subentro)
|__| 02 Cambio responsabile di magazzino e vendita
|__| 03 Modifica strutturale
|__|04 variazione di legale rappresentante o ragione sociale o denominazione o cambio della sede legale
|__| 05 cessazione dell'attività o sospensione temporanea dell'attività

Notifica Variazioni attività vendita all'ingrosso e vendita diretta dei medicinali veterinari
Regolamento Ue 6/2019 - D.lgs. 218/2023

Il/La sottoscritto/a

Cognome_____

Nome_____

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Partita IVA |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Data di nascita_____ **/**____ **/**_____ Cittadinanza: _____Sesso M |___| F |___|

Luogo di nascita: Stato _____Comune_____

Prov. |_____|

Residenza: Comune _____ Prov.|_____|

Via, Piazza_____ n° _____ C.A.P |__|__|__|__|__|

E mail_____

Indicare l'indirizzo PEC: _____

Telefono: _____ cell: _____

In qualità di

|_| Titolare
|_| Legale rappresentante
|_| Altro _____

dell'Impresa/Azienda/Ente

Denominazione o ragione sociale:

_____

|_| ditta individuale |_| s.s. |_| s.n.c. |_| s.r.l. |_| s.a.s. |_| s.a.p.a. |_| s.p.a. |_| Società Cooperativa

|_| Ente Pubblico |_| altro

_____

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Partita IVA (se diversa da C.F.) |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

con sede legale nel Comune di _____

Prov. |__|__|

Via, Piazza _____ n. ____ CAP |__|__|__|__|__|

Telefono: _____Fax _____

|_| Iscritto al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di _____

n°_____

Consapevole delle conseguenze penali e amministrative previste dagli Artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi

NOTIFICA

|__| 01 SUBINGRESSO (VOLTURA/SUBENTRO)

01.1 Dati Dell'operatore Subentrante

Il Sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____

C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Notifica di subentrare all'operatore ubicato presso il medesimo indirizzo e denominato

Cognome e Nome oppure denominazione della Ditta_____

_____

C.F. e Partita IVA

_____

cui all'autorizzazione n. _____ del |__|___|_____|

|__| 02 CAMBIO RESPONSABILE DEL MAGAZZINO/ATTIVITÀ DI VENDITA

Il Sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____

C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Comunica il cambio del responsabile del magazzino/vendita
Soggetto responsabile del
|_| del magazzino (per **l'attività di commercio all'ingrosso**)
in possesso dei requisiti previsti: Laurea in Farmacia, chimiche tecnologia farmaceutica:
Cognome
_____Nome_____
Data di nascita_____ Luogo di nascita_____
Iscrizione Ordine dei Farmacisti di _____ al numero _____
|_| dell'attività di vendita (**per l'attività di vendita diretta dei farmaci**)
in possesso dei requisiti previsti: Laurea in Farmacia:
Cognome _____ Nome_____
Data di nascita_____ Luogo di nascita_____
Iscrizione Ordine dei Farmacisti di _____ al numero _____
|_||_| dell'attività di vendita (**per l'attività di vendita diretta dei farmaci**)

|__| 03 MODIFICA STRUTTURALE

Dati relativi alla nuova struttura
Il Sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____

C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Comunica la variazione strutturale dell'attività di cui all'autorizzazione del |__|___|_____|
Tale variazione, non comporta modifiche all'attività

|__| 04 VARIAZIONE DI LEGALE RAPPRESENTANTE O RAGIONE SOCIALE O DENOMINAZIONE O CAMBIO DELLA SEDE LEGALE

Il Sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____

C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Comunica che l'attività di cui all'autorizzazione _____ del |__|___|_____|
Presso i locali
Con sede in _____ Prov. _____ Località _____
C.A.P. |__|__|__|__|__| stato _____
Indirizzo_____
Comunica:
|_| di essere il nuovo rappresentante legale dell'impresa
|_| la seguente variazione di ragione sociale/denominazione/sede legale dell'impresa
Ragione sociale _____ con sede nel comune di
_____
Prov. _____ Via/Piazza _____ n. _____ CAP _____
Tel. _____ fax _____ E-mail/PEC
_____

|__| 05 CESSAZIZONE DELL'ATTIVITÀ O SOSPENSIONE TEMPORANEA DELL'ATTIVITÀ

Il Sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____

C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Comunica che l'attività di cui all' autorizzazione n. _____ del _____
Presso i locali con sede in _____ Prov. _____
Località _____ CAP _____ Indirizzo
_____
|_| cesserà in data |__|__/|__|__|/|__|__|__|__|
|_| sarà sospesa temporaneamente dal __|__/|__|__|/|__|__|__|__| al __|__/|__|__|/|__|__|__|__|

_____lì_____

Firma

Documentazione allegata*

❒ Planimetria in scala 1:100, dell'esercizio, con evidenziate la superficie di vendita, e quella destinata a magazzini, servizi, uffici. In caso di ampliamento deve essere indicata la superficie preesistente e quella che si intende realizzare
❒ Relazione descrittiva dei locali e delle attrezzature
❒ dichiarazione di accettazione dell'incarico e di possesso dei requisiti morali e professionali del responsabile di magazzino e della vendita al dettaglio del Farmacista
❒ Attestato di iscrizione all'albo provinciale dei farmacisti
❒ Copia carata d'identità del dichiarante
❒ Pagopa di cui al D.lgs. 32/2021

***fleggare le voci che interessano**