

GESTIONE PROVVISORIA DELLA FARMACIA -SUCCESIONE EREDITARIA-

La disciplina applicabile alla successione ereditaria di una farmacia è prevista dall'art. 7, comma 9, della legge 8 novembre n. 362 e s.m.i che ha regolamentato l'acquisizione a titolo di successione di una partecipazione in una società titolare dell'esercizio di una farmacia.

Tale normativa, in virtù del successivo comma 10, è stata resa applicabile anche al caso di esercizio della farmacia privata da parte degli aventi causa di un titolare unico deceduto (fattispecie in precedenza prevista dal comma 12 dell'art.12 della legge 2 aprile 1968 n. 475 e successive modificazioni).

Comma 9: "A seguito di acquisto a titolo di successione di una partecipazione in una società di cui al comma 1, qualora vengano meno i requisiti di cui al secondo periodo del comma 2, l'avente causa cede la quota di partecipazione nel termine di **sei mesi dalla presentazione della dichiarazione di successione**".

Comma 10: "Il termine di cui al comma 9 si applica anche alla vendita della **farmacia privata** da parte degli aventi causa ai sensi del dodicesimo comma dell'art. 12 della legge 2 aprile 1968 n. 475".

Ai sensi dell'art. 31, comma 1, del D. Lgs 31/10/1990 n. 346 e successiva modifica (art. 39 D.L. 30/09/2003 n. 269 convertito in L. 24/11/2003 n. 326 confermata dall'art. 1, comma 78, L. 27/12/2006 n. 296) la dichiarazione di successione deve essere presentata entro dodici mesi dalla data di apertura della successione.

Così come previsto dall'art. 456 C.C. "La successione si apre al momento della morte, nel luogo dell'ultimo domicilio del defunto".

Eredi legittimi del titolare defunto devono considerarsi il **coniuge** o un **erede in linea retta entro il secondo grado** (figlio, figlio del figlio, padre, madre, nonni).

In sintesi:

Per la società l'erede incompatibile ai sensi dell'art. 7 comma 2 e dell'art. 8 deve cedere la quota della società entro **sei mesi dalla presentazione della dichiarazione di successione**.

BOLLO
Euro
16,00

Al Direttore Generale
Azienda ULSS n. 9 Scaligera VR
U.O.C. Assistenza Farmaceutica Territoriale
U.O.S. Autorizzazione e Vigilanza Farmacie e
Magazzini Farmaceutici
Via Salvo D'Acquisto n. 7 Verona
protocollo.aulss9@pecveneto.it

Il sottoscritto/i:

- _____, nato/a a _____, il _____, domiciliato/a a _____, via _____, __, C.F.: _____ (_____) *inserire parentela*
- _____ nato/a _____, il _____, domiciliato/a _____, via _____, __, C.F.: _____, (_____) *inserire parentela*
- _____ nato/a _____, il _____, domiciliato _____, via _____, __, C.F.: _____, (_____) *inserire parentela*

in qualità di **erede/i** del/la defunto/a dott./ssa _____ nato/a a _____, il _____, residente a _____, via _____, __, codice fiscale _____ titolare della Ditta _____ con sede in piazza/via _____ Comune _____ consapevole/i di quanto disposto dalla normativa vigente in materia

CHIEDE/CHIEDONO

L'autorizzazione alla gestione provvisoria della Farmacia _____ ubicata a _____ in via _____ per **sei mesi** dalla presentazione della dichiarazione di successione.

Dichiarano ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000 e sotto la propria responsabilità che il/la dott./ssa _____ nato/a a _____, domiciliato/a a _____, via _____, __, C.F.: _____ è deceduta/o a _____ in data _____

Si comunica che la direzione tecnica - professionale della Farmacia, di comune accordo, è affidata alla/al dr./ssa _____ nato/a a _____ il _____, codice fiscale _____, che è in possesso di tutti i requisiti di legge previsti e dichiara di assumersi tutte le responsabilità inerenti l'incarico.

(luogo)

(data)

Il Direttore Responsabile incaricato _____

(firma per accettazione)

I/Il sottoscritto/i sono pienamente a conoscenza delle penali responsabilità derivanti da mendaci dichiarazioni, come sopra riportate, nonché della conseguente cessazione del procedimento e di qualsiasi altro eventuale beneficio ad esso collegato o derivante da eventuali provvedimenti emanati dall' Azienda in virtù di falsa dichiarazione.

A Tal fine allega/no la seguente documentazione:

- Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà per ciascuno degli eredi, idonea a comprovare la morte del titolare e la qualità di erede/i **mod. 1**;
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione penale del Casellario Giudiziale per ciascuno degli eredi **mod.2**
- Dichiarazione di atto notorio con dichiarazione antimafia per ciascuno degli eredi **mod. 3**
- Copia di documento d'identità in corso di validità di ciascuno degli eredi e dei sottoscrittori;
- Per l'erede farmacista o per il farmacista incaricato alla direzione della farmacia in gestione provvisoria compilare mod. 2, 3, 4 e 5;
- Numero di partita IVA assegnata;
- Denominazione farmacia (es. Eredi Farmacia del/la dott./ssa _ in caso di regolarizzazione della società di fatto)
- Indicazione del numero di conto corrente e dell'istituto bancario (IBAN) per gli accrediti mensili **mod. 6**
- Se l'istanza viene inviata via pec compilare il **mod. n. 7**, dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà in cui il richiedente attesta, sotto la propria personale responsabilità ai sensi del D.P.R. 445/2000, di aver assolto al pagamento dell'imposta in questione indicando tutti i dati relativi all'identificativo della marca.

Luogo_____ data_____

I dati personali saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR) secondo l'informativa conservata presso la sede dell'Azienda Ulss n. 9 pubblicata nel sito internet, accessibile al seguente link: <https://www.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.apridirectdoc&iddoc=1310>

Il/I Dichiarante/i

(firma)

(firma)

(firma)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA'

ai sensi dell' art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Il/L sottoscritto/a:

_____ nato/a _____ il _____ residente in
 _____ in via _____ C.F. _____;

In qualità di erede/coerede consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

Che il/la dott./dott.ssa _____ nato/a a _____ il _____ domiciliata/o
 a _____, via _____, _____, cod. fisc. _____
 titolare della ditta _____ con sede a _____ in
 via _____ cod. fiscale/partita IVA _____

E' DECEDUTO/A

a _____ in data _____

() che non vi sono disposizioni testamentarie;

() lasciando testamento Olografo pubblicato dal Notaio dott. _____

di _____ rep. _____ raccolta n. _____ registrato a _____ il
 _____ n. _____ Serie _____

E che pertanto i suoi eredi sono: (inserire grado di parentela)

☐ il/la (_____) _____ nato/a _____ il
 _____ C.F. _____

☐ il/la (_____) _____ nato/a _____ il
 _____ C.F. _____

☐ il/la (_____) _____ nato/a _____ il
 _____ C.F. _____

E che non vi sono altri eredi oltre i suddetti.

I dati personali saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR) secondo l'informativa conservata presso la sede dell'Azienda Ulss n. 9 pubblicata nel sito internet, accessibile al seguente link: <https://www.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.apridirectdoc&iddoc=1310>

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445/2000 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza di dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata assieme alla fotocopia, non autentica di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite incaricato, oppure a mezzo posta.

Data _____

I/Il dichiarante _____ (firma)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI (AUTOCERTIFICAZIONE)

ai sensi dell' art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ prov _____
il _____ residente in _____ in piazza/via _____ n. _____
codice fiscale _____;

rende la presente dichiarazione consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445.

DICHIARA QUANTO SEGUE

Di non aver riportato condanne penali

Di esser non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali.

I dati personali saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR) secondo l'informativa conservata presso la sede dell'Azienda Ulss n. 9 pubblicata nel sito internet, accessibile al seguente link: <https://www.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.apridirectdoc&iddoc=1310>

Data _____

Il dichiarante _____ (firma)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO
ai sensi dell'art. 46 - 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ prov _____
il _____ residente in _____ in piazza/via _____ n. _____
codice fiscale _____;

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 445/00 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art.75 del DPR 445/00, sotto la propria responsabilità;

DICHIARA

Ai sensi della vigente normativa antimafia, che nei propri confronti non sussistono le cause di decadenza, di sospensione o di divieto di cui all'art. 67 del D. Lgs 06/09/2011, n. 159 e s.m.i. "Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 13 agosto 2010, n. 136".

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore all'ufficio competente via pec o tramite un incaricato.

I dati personali saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR) secondo l'informativa conservata presso la sede dell'Azienda Ulss n. 9 pubblicata nel sito internet, accessibile al seguente link: <https://www.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.apridirectdoc&iddoc=1310>

Data _____

Il dichiarante _____ (firma)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI (AUTOCERTIFICAZIONE)
ai sensi dell' art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ prov _____
il _____ residente in _____ in piazza/via _____ n. _____
codice fiscale _____;

rende la presente dichiarazione consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445.

DICHIARA QUANTO SEGUE

Di aver conseguito la Laurea in _____ presso l'Università di _____ in data _____;

Di aver conseguito l'abilitazione professionale presso l' Università di _____ nell' anno _____
sessione _____;

Di essere iscritto all'Albo dei farmacisti della provincia di _____ ..n° _____ vol. ____/ _____;

I dati personali saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR) secondo l'informativa conservata presso la sede dell'Azienda Ulss n. 9 pubblicata nel sito internet, accessibile al seguente link: <https://www.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.apridirectdoc&iddoc=1310>

Data _____

Il dichiarante _____ (firma)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETÀ
ai sensi dell' art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ prov _____
il _____ residente in _____ in piazza/via _____ n. _____
codice fiscale _____;

In qualità di erede/coerede consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- ✓ Di non essere titolare e gestore provvisorio di farmacia, direttore responsabile o collaboratore di altra farmacia;
- ✓ Di essere/ non essere socio (*cancellare quella che non interessa*) di società titolare di Farmacia, se socio di società titolare di farmacia specificare: _____
- ✓ Di non essere farmacista responsabile presso magazzino autorizzato;
- ✓ Di prestare servizio a tempo pieno presso la farmacia in cui assumerà la direzione.

I dati personali saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR) secondo l'informativa conservata presso la sede dell'Azienda Ulss n. 9 pubblicata nel sito internet, accessibile al seguente link: <https://www.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.apridirectdoc&iddoc=1310>

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445/2000 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza di dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata assieme alla fotocopia, non autentica di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, via telematica, oppure a mezzo posta.

Data _____

Il/La dichiarante _____ (firma)

I/il sottoscritti/o _____ nato/a _____ il _____

I/il sottoscritti/o _____ nato/a _____ il _____

I/il sottoscritti/o _____ nato/a _____ il _____

in qualità di erede/i della

COMUNICA/NO

P. IVA

COD. FISCALE

N. TELEFONO

MAIL

PEC

() Gli estremi del conto corrente bancario dedicato sul quale l'Aulss 9 Scaligera dovrà effettuare i pagamenti relativi alla farmaceutica Convenzionata, all'Assistenza Integrativa e al Servizio Distribuzione farmaci per conto:

IBAN IT

BANCA D'APPOGGIO

AGENZIA/FILIALE:

LE GENERALITA' E IL CODICE FISCALE DELLE PERSONE DELEGATE AD OPERARE SU DI ESSO:

() Di aver ceduto il credito vantato nei confronti dell'Aulss Scaligera derivante dalle distinte mensili, relative alla farmaceutica Convenzionata, all'Assistenza Integrativa e al Servizio Distribuzione farmaci per conto:

ALLA SOCIETA'

Mi impegno a comunicare ogni eventuale variazione dei dati trasmessi, del predetto conto corrente e dei soggetti autorizzati ad operare su di esso.

I dati personali saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR) secondo l'informativa conservata presso la sede dell'Azienda Ulss n. 9 pubblicata nel sito internet, accessibile al seguente link: <https://www.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.apridirectdoc&iddoc=1310>

DATA _____ -

TIMBRO E FIRMA

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
ai sensi dell' art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000e s.m.i. , n. 445**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____
residente in _____ in via _____ cod.fisc. _____.
in qualità di erede del titolare della Farmacia _____
con sede in _____ via _____ n. _____
P.IVA _____

rende la presente dichiarazione consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00: a comprova, indica i seguenti dati della marca da bollo utilizzata:
 - data e ora di emissione _____
 - identificativo n. _____
- di aver apposto la marca da bollo sulla presente domanda e di aver annullato la stessa;
- di conservare l'originale della domanda per eventuali controlli da parte della AULSS 9 Scaligera.

I dati personali saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR) secondo l'informativa conservata presso la sede dell'Azienda Ulss n. 9 pubblicata nel sito internet, accessibile al seguente link: <https://www.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.apridirectdoc&iddoc=1310>

Data _____

Il dichiarante _____ (firma)