

**Modulo Comunicazione Variazione Farmacia**  
**Statuto/L.R./ragione sociale/compagine sociale/patti sociali**

Spett.le

**ATS Liguria - ASL 3**

SC Assistenza Farmaceutica Territoriale  
[protocollo@pec.atsliguria.it](mailto:protocollo@pec.atsliguria.it)

**Ordine dei Farmacisti  
della Provincia di Genova**  
[ordinefarmacistige@pec.fofi.it](mailto:ordinefarmacistige@pec.fofi.it)

**Regione Liguria**  
Dipartimento Salute  
[protocollo@pec.regione.liguria.it](mailto:protocollo@pec.regione.liguria.it)

**F.O.F.I.**  
Federazione Ordine Farmacisti Italiani  
[posta@pec.fofi.it](mailto:posta@pec.fofi.it)

e p.c.

**Comune di Genova**  
Ufficio Vigilanza Sanitaria  
[comunegenova@postemailcertificata.it](mailto:comunegenova@postemailcertificata.it)

Il sottoscritto/a .....

nato/a a ..... Provincia di |\_\_|\_\_| il |\_\_|\_\_|. |\_\_|\_\_|. |\_\_|\_\_|

Cittadinanza .....

Cod. Fiscale n. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

in qualità di Legale Rappresentante della

Società .....

Iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di ..... al n. ....

Iscrizione al Tribunale di ..... al n. ....

Partita Iva n. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

con sede legale in ..... via/piazza..... n. ....

tel. ..... fax .....

PEC ..... E-mail .....

**titolare della farmacia** (indicare denominazione esercizio)

..... (COD. ....)

di cui all'autorizzazione alla titolarità rilasciata da .....

Prov. N..... del .....

intestata a .....

sita in Genova, Via ..... civ. ..... posta nella **sede farmaceutica**

singola  promiscua  n. ..... della Pianta Organica del Comune di Genova, e compresa nell'A.S.L. 3

**COMUNICA**

ai sensi e per gli effetti dell'articolo 8 comma 2 della Legge 362/91 e s.m.i,  
**LA VARIAZIONE DI:**

- Statuto
- Legale Rappresentante
- Compagine sociale
  - per subentro socio
  - per recesso socio

- Patti sociali

- Ragione sociale

della medesima società, a seguito di (indicare le variazioni intervenute) .....

L'insegna della farmacia rimane\* .....

ovvero diventa\* .....

*Si allega:*

- Statuto
- atto notarile in originale o copia conforme inerente la variazione della società;
- copia dell'atto da cui risulta la nomina del Legale Rappresentante;
- fotocopia dei documenti di riconoscimento in corso di validità e dei codici fiscali del Legale Rappresentante e dei soci della società titolare della Farmacia e del Legale Rappresentante della società che subentra quale socio nella variazione societaria;
- autocertificazione da parte di coloro che partecipano (persone fisiche e/o persona giuridica) come soci alla società titolare della farmacia
- autocertificazione del Legale Rappresentante della Società proprietaria della farmacia;
- autocertificazione del Legale rappresentante della Società – art. 1, comma 158, della L.124/2017

In fede,

....., lì ...../...../..... Firma del dichiarante .....

**Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 Regolamento Generale sulla protezione dei dati e relative norme di armonizzazione (vedasi informativa sul modulo “PRIVACY”)**

....., lì ...../...../..... Firma del dichiarante .....

**(Allegato - soci farmacisti)**

## **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**(resa ai sensi degli articoli 46 e 47 e le dichiarazioni del D.P.R. 445/2000)**

Il sottoscritto .....

nato a ..... Provincia di ..... il .....-.....-.....-.....-.....

in qualità di socio della società .....

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. N. 445 del 28.12.2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritieri, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. N. 445 del 28.12.2000 e che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti, uso di atti falsi, l'Amministrazione è obbligata a provvedere alla pronuncia di decadenza dell'autorizzazione già rilasciata.

## DICHIARA

1. Di essere nato/a in ..... il .....
  2. Di essere in possesso della cittadinanza .....
  3. Di godere dei diritti civili e politici
  4. Di essere in possesso del Diploma di  Laurea in Farmacia  Chimica e Tecnologie Farmaceutiche, conseguito presso l'Università di .....  
in data GG/MM/AAAA .....
  5. di essere in possesso dell'attestato di abilitazione alla professione di farmacista conseguito presso l'Università di ..... in data .....
  6. di essere iscritto all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di ..... al n. .... dal giorno .....
  7. di non aver riportato condanne penali di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della normativa vigente;
  8. di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali in corso;
  9. di non essere mai stato dichiarato fallito e di non aver procedimenti fallimentari in corso;
  10. che non vi sono a carico del sottoscritto cause di divieto o di sospensione dei procedimenti previsti dalla normativa antimafia (D.lgs. n. 159/2011 e s.m.i) né di essere a conoscenza che sussistano, alla data odierna, tali cause in conto alla Società;
  11. che non sussistono cause di incompatibilità di cui agli artt. 102 T.U.LLSS. e 13 Legge 02.04.1968 n. 475;
  12. che non sussistono cause di incompatibilità di cui agli artt. 7 e 8 della Legge 08.11.1991, n. 362 come modificato dalla Legge 04.08.2017 n. 124, di seguito riportate:
    - la partecipazione alla società è incompatibile con qualsiasi altra attività svolta nel settore della produzione e informazione scientifica del farmaco, nonché con l'esercizio della professione medica;
    - la partecipazione alla società è incompatibile con la posizione di titolare, gestore provvisorio, direttore o collaboratore di altra farmacia;
    - la partecipazione alla società è incompatibile con qualsiasi rapporto di lavoro pubblico e privato;
  13. di aver conseguito l'idoneità alla professione di farmacista avendo maturato il seguente stato di servizio :
    - dal..... al ..... in qualità di .....  
presso:.....
    - dal ..... al ..... in qualità di .....  
presso:.....

....., lì ...../...../..... Firma del dichiarante .....

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 Regolamento Generale sulla protezione dei dati e relative norme di armonizzazione (vedasi informativa)

....., il ...../...../..... Firma del dichiarante .....

(Allegato - soci non farmacisti - persona fisica - L.R. persona giuridica)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(resa ai sensi degli articoli 46 e 47 e le dichiarazioni del D.P.R. 445/2000)

Il sottoscritto .....  
nato a ..... Provincia di |\_\_|\_\_| il |\_\_|\_\_|. |\_\_|\_\_|. |\_\_|\_\_|  
in qualità di  socio  legale rappresentante pro tempore  
della società .....

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. N. 445 del 28.12.2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritieri, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. N. 445 del 28.12.2000 e che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti, uso di atti falsi, l'Amministrazione è obbligata a provvedere alla pronuncia di decadenza dell'autorizzazione già rilasciata,

**DICHIARA**

1. di essere nato/a in ..... il .....
2. di essere in possesso della cittadinanza .....
3. di essere in possesso del seguente titolo di studio: .....
4. di godere dei diritti civili e politici
5. di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della normativa vigente;
6. di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali in corso;
7. di non essere mai stato dichiarato fallito e di non aver procedimenti fallimentari in corso;
8. che non vi sono a carico del sottoscritto cause di divieto o di sospensione dei procedimenti previsti dalla normativa antimafia (D.lgs. n. 159/2011 e s.m.i) né di essere a conoscenza che sussistano, alla data odierna, tali cause in conto alla Società di cui si è socio;
9. che non sussistono le cause di incompatibilità di cui:
  - agli articoli 13 Legge 02.04.1968 n. 475;
  - agli articoli 7 e 8 della Legge 08.11.1991, n. 362 come modificato dalla Legge 04.08.2017 n. 124, di seguito riportate:
    - la partecipazione alla società è incompatibile con qualsiasi altra attività svolta nel settore della produzione e informazione scientifica del farmaco, nonché con l'esercizio della professione medica;
    - la partecipazione alla società è incompatibile con la posizione di titolare, gestore provvisorio, direttore o collaboratore di altra farmacia;
    - la partecipazione alla società è incompatibile con qualsiasi rapporto di lavoro pubblico e privato.

....., lì ...../...../..... Firma del dichiarante .....

**Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 Regolamento Generale sulla protezione dei dati e relative norme di armonizzazione (vedasi informativa sul modulo "PRIVACY")**

....., lì ...../...../..... Firma del dichiarante .....

(Allegato - legale rappresentante società proprietaria farmacia)

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(resa ai sensi degli articoli 46 e 47 e le dichiarazioni del D.P.R. 445/2000)

Il sottoscritto .....

nato a ..... Provincia di |\_\_|\_\_| il |\_\_|\_\_|. |\_\_|\_\_|. |\_\_|\_\_|  
in qualità di Legale Rappresentante della società, proprietaria della farmacia,

.....  
Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. N. 445 del 28.12.2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiero, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. N. 445 del 28.12.2000 e che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti, uso di atti falsi, l'Amministrazione è obbligata a provvedere alla pronuncia di decadenza dell'autorizzazione già rilasciata,

### DICHIARA:

1. di essere nato/a in ..... Il .....
2. di essere in possesso della cittadinanza .....
3. di essere in possesso del seguente titolo di studio: .....
4. di godere dei diritti civili e politici;
5. di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della normativa vigente;
6. di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali in corso;
7. di non essere mai stato dichiarato fallito e di non aver procedimenti fallimentari in corso;
8. che non vi sono a carico del sottoscritto cause di divieto o di sospensione dei procedimenti previsti dalla normativa antimafia (D.lgs. n. 159/2011 e s.m.i.) né di essere a conoscenza che sussistano, alla data odierna, tali cause in conto alla Società di cui si è Legali Rappresentanti;

....., lì ...../...../..... Firma del dichiarante .....

**Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del Regolamento UE 2016/679  
Regolamento Generale sulla protezione dei dati e relative norme di armonizzazione (vedasi  
informativa sul modulo “PRIVACY”)**

....., lì ...../...../..... Firma del dichiarante .....

(Allegato – legale rappresentante della società ai sensi dell’art. 1 comma 158 L.124/2017)

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(resa ai sensi degli articoli 46 e 47 e le dichiarazioni del D.P.R. 445/2000)

Il sottoscritto .....

nato a ..... Provincia di |\_\_|\_\_| il |\_\_|\_|.|\_\_|\_|.|\_\_|\_|  
in qualità di Legale Rappresentante della Società .....

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. N. 445 del 28.12.2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritieri, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. N. 445 del 28.12.2000 e che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti, uso di atti falsi, l’Amministrazione è obbligata a provvedere alla pronuncia di decadenza dell’autorizzazione già rilasciata,

### DICHIARA:

che la società .....

non si trova nella previsione di cui all’articolo 1, comma 158, della Legge 04 agosto 2017 n. 124 e precisamente:

**“di non controllare, direttamente o indirettamente, ai sensi degli articoli 2359 e seguenti del codice civile, più del 20 per cento delle farmacie esistenti nel territorio della Regione Liguria”**

....., lì ...../...../..... Firma del dichiarante .....

**Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 Regolamento Generale sulla protezione dei dati e relative norme di armonizzazione (vedasi informativa sul modulo “PRIVACY”)**

....., lì ...../...../..... Firma del dichiarante .....

*ATTENZIONE: questa dichiarazione deve essere prodotta dal L.R. della Società titolare della farmacia, come dal L.R. di ciascuna delle eventuali Società partecipanti alla compagine societaria della Società titolare.*

## INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

ai sensi degli artt.13 e 14 del Regolamento generale (UE) 2016/679 (in seguito GDPR)

Questa Civica Amministrazione, rappresentata dal Sindaco *pro tempore*, informa i propri utenti che il trattamento dei dati personali è improntato ai principi di liceità, correttezza e trasparenza.

**Titolare del trattamento** - La Civica Amministrazione con sede in via Garibaldi 9, 16149, Palazzo Tursi - Albini, Genova, è il Titolare del trattamento.

Il punto di contatto del Titolare è la **Direzione Ambiente, Ufficio Vigilanza Sanitaria**, e-mail [uocigiene@comune.genova.it](mailto:uocigiene@comune.genova.it), PEC [comunegenova@postemailcertificata.it](mailto:comunegenova@postemailcertificata.it), per le attività finalizzate all'istruttoria delle pratiche di competenza.

**Responsabile della protezione dei dati** o Data Protection Officer (DPO) - Il Titolare ha nominato un DPO per assolvere alle funzioni di supporto e controllo, consultive, formative e informative relativamente all'applicazione della disciplina in materia di protezione dei dati personali. Il DPO coopera con l'Autorità (Garante Privacy) e costituisce il punto di contatto degli interessati per le questioni connesse al trattamento dei dati personali che li riguardano ed è raggiungibile in via Garibaldi, 9 - 16124, Genova, Palazzo Tursi – Albini.

**Finalità del trattamento** - Il trattamento dei dati personali è finalizzato all'esecuzione di compiti di interesse pubblico o connessi all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il Titolare.

**Categorie di dati trattati** - I dati raccolti (es. nome e cognome, indirizzo, codice fiscale, etc.) sono indispensabili e il loro mancato conferimento può precludere l'ottenimento del servizio richiesto.

**Modalità del trattamento** – I dati sono trattati sia manualmente sia con l'ausilio di strumenti informatici e telematici in maniera da garantire un'adeguata sicurezza, compresa la protezione mediante l'applicazione di misure tecniche e organizzative adeguate a mitigare i rischi di perdita, distruzione, accesso non autorizzato, divulgazione. Il trattamento avviene nel rispetto di dette misure, messe in atto dai dipendenti che, agendo sotto l'autorità della Civica Amministrazione, sono autorizzati al trattamento. I dati possono essere trattati anche da soggetti esterni, nominati responsabili del trattamento.

**Comunicazione e diffusione dei dati** - I dati trattati non vengono comunicati a terzi, né diffusi, se non nei casi specificamente previsti dal diritto nazionale o dell'U.E. La diffusione dei dati nella sezione "Amministrazione Trasparente" è obbligatoria, salvo i casi di *anonimizzazione dei dati*, secondo quanto previsto per legge.

**Periodo di conservazione dei dati** - I dati sono conservati in una forma che consenta l'identificazione degli utenti per un arco temporale non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati.

**Trasferimento dei dati** - I dati raccolti non vengono trasferiti al di fuori dello Spazio Economico Europeo (SEE) in Stati terzi non appartenenti all'U.E.

**Diritti dell'interessato** – Gli utenti hanno il diritto di accedere ai dati personali che li riguardano, di richiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento (articoli da 12 a 22 del GDPR) ed esercitano i loro diritti scrivendo all'indirizzo del DPO e-mail: [rpd@comune.genova.it](mailto:rpd@comune.genova.it) pec: [dpo.comge@postecert.it](mailto:dpo.comge@postecert.it).

Gli utenti hanno il diritto di proporre reclamo all'Autorità (<https://www.garanteprivacy.it>) ai sensi dell'art. 77 del GDPR e adire le opportune sedi giudiziarie di cui al successivo art. 79.

*Ultimo aggiornamento gennaio 2026*