Nome e Cognome

Email

Pec

telefono

All’Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani

UOC Gestione e Vigilanza delle Farmacie in Convenzione

[prestazioni.farmaceutiche@pec.asptrapani.it](mailto:prestazioni.farmaceutiche@pec.asptrapani.it)

All’Ordine dei Farmacisti di Trapani

**OGGETTO**: COMUNICAZIONE VARIAZIONE PATTI SOCIALI DELLA SOCIETA’

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Legale Rappresentante della società \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, comunica la variazione dei patti sociali di cui all’allegato atto notarile, della società sopra menzionata, avente sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e Piva\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine allega la seguente documentazione:

1. Copia dell’atto di modifica dei patti sociali con estremi di registrazione;
2. Certificato Camerale;
3. Fotocopia del documento d’identità e del CF del Legale Rappresentante;
4. Dichiarazione familiari conviventi di maggiore età di tutti i soci;

nel caso in cui la variazione dei patti sociali comporti una modifica nella Compagine sociale, gli eventuali nuovi soci dovranno produrre:

1. Dichiarazione sostitutiva dell’atto di Notorietà attestante l’assenza di incompatibilità alla partecipazione a società di farmacia (legge 362/91 art 7 e 8).

Inoltre il sottoscritto dichiara che ogni modifica sarà comunicata prontamente a codesto ufficio in tempi utili per lo svolgimento di tutte le procedure amministrative.

Data Firma

il sottoscritto autorizza altresì l’Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani ad utilizzare le informazioni contenute nella presente nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i del D.Lgs. 2018/101 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Data Firma