



REGIONE  
LAZIO



ALL'UFFICIO SUAP DI

Comune di Cittaducale

## COMUNICAZIONE

### INTERVENTO

Modifica dei soggetti titolari dei requisiti dell'attività di parafarmacia

### PROCEDIMENTO

AUTOMATIZZATO ai sensi dell'articolo 5 del Decreto del Presidente della Repubblica 07/09/2010, n. 160

Sezione anagrafica del titolare dell'attività

#### Il sottoscritto

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Residenza  
Provincia \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ Civico \_\_\_\_\_ Barrato \_\_\_\_\_ Interno \_\_\_\_\_ Scala \_\_\_\_\_ Piano \_\_\_\_\_ SNC ☐ CAP \_\_\_\_\_

in qualità di (questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)

Ruolo \_\_\_\_\_

Denominazione/Ragione sociale \_\_\_\_\_ Tipologia \_\_\_\_\_

Sede legale  
Provincia \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ Civico \_\_\_\_\_ Barrato \_\_\_\_\_ Interno \_\_\_\_\_ Scala \_\_\_\_\_ Piano \_\_\_\_\_ SNC ☐ CAP \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Posta elettronica ordinaria \_\_\_\_\_ Posta elettronica certificata \_\_\_\_\_

Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Numero Iscrizione \_\_\_\_\_

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

#### COMUNICA\*

- ☐ di essere cittadino di uno degli stati membri dell'Unione Europea
- ☐ di essere cittadino di stato non appartenente all'Unione Europea in possesso di permesso di soggiorno

| Numero | Motivo | Rilasciato da | In data | Scadenza |
|--------|--------|---------------|---------|----------|
|        |        |               |         |          |

- ☐ di essere apolide, con status riconosciuto dal servizio anagrafico del

| Provincia | Comune |
|-----------|--------|
|           |        |

Ai fini delle comunicazioni relative al presente procedimento di eleggere il domicilio elettronico presso

- ☐ la propria casella di Posta Elettronica Certificata (specificare)
- ☐ la casella di Posta Elettronica Certificata del soggetto delegato alla trasmissione telematica della documentazione

|                |               |
|----------------|---------------|
| Cognome        | Nome          |
| Codice Fiscale | Indirizzo PEC |

**IMPORTANTE:** inserire l'indirizzo della casella PEC a cui il SUAP dovrà inviare la ricevuta e le altre comunicazioni relative al procedimento

#### Ubicazione dell'esercizio

|                                        |           |           |        |            |            |           |        |
|----------------------------------------|-----------|-----------|--------|------------|------------|-----------|--------|
| Particella terreni o Unità imm. urbana | Cod. cat. | Sezione   | Foglio | Particella | Subalterno | Categoria | Visura |
| Provincia                              | Comune    | Indirizzo | Civico | Barrato    | Interno    | Scala     | Piano  |
|                                        |           |           |        |            |            |           |        |

|                                                 |     |
|-------------------------------------------------|-----|
| Di cui autorizzazione/comunicazione DIA/SCIA n. | del |
|                                                 |     |

#### Soggetti che cessano la titolarità dei requisiti morali e antimafia

| Nome | Cognome | Codice fiscale |
|------|---------|----------------|
|      |         |                |
|      |         |                |
|      |         |                |
|      |         |                |
|      |         |                |
|      |         |                |

#### Nuovi soggetti titolari dei requisiti morali e antimafia

| Nome | Cognome | Codice fiscale |
|------|---------|----------------|
|      |         |                |
|      |         |                |
|      |         |                |
|      |         |                |
|      |         |                |
|      |         |                |

Ognuno dei soggetti sopra indicati deve compilare e sottoscrivere la "Dichiarazione soggetti di cui all'articolo 85 del Decreto Legislativo 06/09/2011, n. 159"

#### Nuovo farmacista responsabile

| Nome | Cognome | Codice fiscale |
|------|---------|----------------|
|      |         |                |

## Nuovi farmacisti incaricati

| Nome | Cognome | Codice fiscale |
|------|---------|----------------|
|      |         |                |
|      |         |                |

## Nuovo responsabile della comunicazione informatica attraverso il sito internet del Ministero della Salute

| Nome | Cognome | Codice fiscale |
|------|---------|----------------|
|      |         |                |

☐ referente per la pratica

|                    |                |                               |
|--------------------|----------------|-------------------------------|
| Cognome            | Nome           | Codice Fiscale                |
|                    |                |                               |
| Data di nascita    | Sesso          | Luogo di nascita              |
|                    |                |                               |
| Telefono cellulare | Telefono fisso | Posta elettronica ordinaria   |
|                    |                |                               |
|                    |                | Posta elettronica certificata |
|                    |                |                               |

## Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- ☐ Permessi di soggiorno (obbligatorio per i cittadini di uno stato non appartenente all'Unione Europea)
- ☐ Copia documento di riconoscimento del dichiarante. E' valida una sola allegazione per tutte le dichiarazioni rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 445/2000
- ☐ Versamenti diritti di istruttoria a favore dei singoli Enti coinvolti nel procedimento
- ☐ Comunicazione antimafia (obbligatorio)
- ☐ Altri allegati (specificare)

**(\*) La presente dichiarazione deve essere firmata dal richiedente con firma digitale.**

Qualora il dichiarante sia sprovvisto di firma digitale tutte le dichiarazioni sono sottoscritte con firma autografa, accompagnata da copia fotostatica del documento di riconoscimento del dichiarante e dalla procura speciale, e il procuratore deve firmare digitalmente la comunicazione nonché tutti gli allegati.

## Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Cittaduale

Luogo

Data

il dichiarante