

**FAC-SIMILE** istanza di trasferimento farmacia dalla zona 1 alla zona 5 individuata nella pianificazione territoriale approvata con la deliberazione di Giunta Comunale nr. 396/2022.

Spett.le  
**COMUNE DI ACQUI TERME**  
**Ufficio Commercio**  
Piazza Levi n. 12  
15011 ACQUI TERME (AL)

In riferimento al bando pubblicato sul sito istituzionale del Comune in data .....

Il/la sottoscritto/a Dr./D.ssa .....  
Titolare/Direttore della Farmacia .....,  
sede farmaceutica del Comune di ..... ubicata in Acqui Terme – Via/Piazza  
..... nr. .... come risulta da  
atto comunale,

#### **RIVOLGE**

Istanza di trasferimento della propria farmacia attualmente ubicata nella Zona 1 Verso la Zona 5 individuata nella pianificazione territoriale approvata con deliberazione di Giunta Comunale nr. 396/2022.

A tal fine allega la seguente documentazione:

- Copia del Codice fiscale
- Fotocopia del documento di identità in corso di validità
- Dichiarazione sostitutiva di autocertificazione (utilizzando il modello allegato 1)
- Dichiarazione sostitutiva del certificato di antimafia (utilizzando il modello allegato 1)
- 

Acqui Terme, li .....

Firma

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(art. 46 D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445 )

La sottoscritta/Il sottoscritto .....  
C.F. .... nata/o a ..... (...)  
il ..... e residente a ..... (...)  
in via ..... n. .... di cittadinanza .....  
titolare / Legale rappresentante Società .....  
della farmacia sita in Acqui Terme – Via .....  
Pec ..... e-mail .....  
cellulare .....

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

1. Che l'impresa non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta amministrativa, di amministrazione controllata o di concordato preventivo e che non sono in corso procedimenti per la dichiarazione di tali situazioni;
2. Che nei suoi confronti non è stata pronunciata sentenza di condanna passata in giudicato, oppure sentenze di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'art. 444 del codice di procedura penale, per reati che incidono sull'affidabilità morale e professionale;
3. L'inesistenza, a carico dell'impresa, di irregolarità, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento di imposte e tasse, secondo la legislazione italiana o dello stato in cui l'impresa è stabilita;
4. Di aver conseguito il seguente fatturato rimborsato dalla SSN, comprensivo dei servizi e dell'assistenza integrativa e protesica relativo agli ultimi 5 anni (2018-2019-2020-2021-2022): indicare l'importo suddiviso per ciascun anno.
5. Di aver conseguito il seguente fatturato complessivo della propria farmacia desumibile dalla documentazione fiscale annuale relativa agli ultimi 5 anni (2018-2019-2020-2021-2022): indicare l'importo suddiviso per ciascun anno.
6. Che la sede operativa del proprio esercizio farmaceutico risulta attualmente ubicata nel Comune di Acqui Terme – Via / Piazza ..... Nr. ....

7. di essere in corso relativamente al proprio esercizio farmaceutico uno sfratto esecutivo ex art. 35 della L. 253/1950 – citare estremo provvedimento esecutivo di sfratto oppure non è in corso relativamente al proprio esercizio farmaceutico uno sfratto esecutivo ex art. 35 della L. 253/1950
  
8. Di aver in gestione l'attuale farmacia in forma individuale e/o societaria per il seguente numero di anni: .....

Acqui Terme, li .....

IL DICHIARANTE

.....

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 s'informa che i dati e le informazioni raccolti nella presente dichiarazione verranno utilizzati unicamente per le finalità per le quali sono state acquisiti.

**AUTOCERTIFICAZIONE ANTIMAFIA**  
**(art. 88 co. 4-bis e art. 89 D. Lgs. 159/2011) Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto**  
**notorio (artt. 46 D.P.R. 28.12.2000 n. 445)**

La sottoscritta/Il sottoscritto .....  
C.F. .... nata/o a ..... (...)  
il ..... e residente a ..... (...)  
in via ..... n. .... di cittadinanza .....  
titolare dell'impresa individuale e/o Legale rappresentante Società  
.....  
della farmacia sita in Acqui Terme – Via/piazza .....  
Pec ..... e-mail .....  
cellulare .....,

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 445/00 in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del citato DPR 445/00, sotto la propria responsabilità

**D I C H I A R A**

ai sensi della vigente normativa antimafia, che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione previste dall'art. 67 del D.Lgs. n. 159/2011 e successive modificazioni ed integrazioni.

Acqui Terme, li .....

Firma

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445 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 posta elettronica certificata o tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.