

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	Variazione ragione_denominazione sociale (FT.MO.2716.00).doc
		pag1/2

Marca da bollo
€ 16,00

Al **DIRETTORE GENERALE**
 Azienda Sanitaria Locale VC
 C.so M. Abbiate, 21
 13100 Vercelli

E p.c. **Direttore SC Farmaceutica**
 Territoriale

OGGETTO: Variazione ragione_denominazione sociale.

La/Il sottoscritta/o dr./dr.ssa Cognome _____ Nome _____ nata/o
 a _____ Prov. _____ il _____, residente a
 _____ Prov. _____ in _____ n° _____ e
 domiciliato (indicare solo se diverso dalla residenza) a _____ Prov. _____ in
 _____ n° _____ tel. _____
 PEC _____

CHIEDE

il riconoscimento della **sola** variazione della ragione/denominazione sociale
DA _____ **A** _____
 _____ della SOCIETÀ _____ ubicata
 presso il Comune di _____ Prov. _____
 indirizzo _____ n° _____, affidando la direzione della
 medesima al Dott./Dott.ssa _____, che ne accetta l'incarico.

Data _____

Firma per accettazione
 Il direttore Responsabile incaricato

Stesura: Dr.ssa Maddalena Galante	Verifica: Dr.ssa Antonietta Barbieri	Autorizzazione: Dr.ssa Antonietta Barbieri	Emissione: Dr.ssa Rossana Moncino
<i>Dirigente Farmacista SC Farmaceutica Territoriale – Febbraio 2021</i>	<i>Direttore ff SC Farmaceutica Territoriale – Febbraio 2021</i>	<i>Direttore ff SC Farmaceutica Territoriale – Febbraio 2021</i>	<i>Dirigente Farmacista SC Farmaceutica Territoriale – Febbraio 2021</i>
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.			

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	Variazione ragione_denominazione sociale (FT.MO.2716.00).doc pag2/2
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------	------------------------------------------------------------------------------

A tal fine allega la seguente documentazione:

- Atto notarile registrato di variazione della società (originale o copia conforme).

Per ciascuno dei soci:

- Dichiarazione sostitutiva di certificazione (FT.MO.2310.nn) (**in caso di socio Farmacista**);
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (FT.MO.2308.nn);
- Dichiarazione antimafia (FT.MO.2309.nn);
- Fotocopia carta d'identità e codice fiscale.

Data

Firma

Stesura: Dr.ssa Maddalena Galante	Verifica: Dr.ssa Antonietta Barbieri	Autorizzazione: Dr.ssa Antonietta Barbieri	Emissione: Dr.ssa Rossana Monciino
<i>Dirigente Farmacista SC Farmaceutica Territoriale – Febbraio 2021</i>	<i>Direttore ff SC Farmaceutica Territoriale – Febbraio 2021</i>	<i>Direttore ff SC Farmaceutica Territoriale – Febbraio 2021</i>	<i>Dirigente Farmacista SC Farmaceutica Territoriale – Febbraio 2021</i>
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.			