

**Direzione:** CENTRALE ACQUISTI**Area:** PIANIFICAZIONE E GARE PER ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**DETERMINAZIONE (con firma digitale)****N.** G11933 **del** 12/09/2022**Proposta n.** 34679 **del** 09/09/2022**Oggetto:**

Integrazione determinazione G09823 del 28 luglio 2022 - presa d'atto rapporto di distribuzione fra The Simply Pharma Company Limited e la Alloga (Italia) Srl per il medicinale Testavan, gara farmaci 2020 - terza tranche, lotto 338.

Proponente:

Estensore	ODORISIO FEDERICO	_____firma elettronica_____
Responsabile del procedimento	ODORISIO FEDERICO	_____firma elettronica_____
Responsabile dell' Area	P. LEONE	_____firma digitale_____
Direttore Regionale	A. SABBADINI	_____firma digitale_____

Firma di Concerto

OGGETTO: Integrazione determinazione G09823 del 28 luglio 2022 - presa d'atto rapporto di distribuzione fra The Simply Pharma Company Limited e la Alloga (Italia) Srl per il medicinale Testavan, gara farmaci 2020 - terza tranche, lotto 338.

IL DIRETTORE DELLA DIREZIONE REGIONALE CENTRALE ACQUISTI

VISTA la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3;

VISTA la Legge Statutaria 11 novembre 2004, n. 1, "Nuovo Statuto della Regione Lazio";

VISTA la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6, "Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale" e s.m.i.;

VISTO il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1, "Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale" e s.m.i.;

VISTO il Regolamento Regionale 28 marzo 2013, n. 2, concernente: "Modifiche al regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1" ed in particolare l'articolo 7, comma 2, che modifica l'articolo 20, comma 1, lettera b) del r.r. 1/2002 istituendo, tra l'altro, la Direzione Regionale Centrale Acquisti;

VISTO il Regolamento Regionale 13 giugno 2013, n. 9 recante "Modifiche al regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1", che introduce ulteriori norme in materia di razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi e definisce le competenze attribuite alla Direzione regionale Centrale Acquisti, tra l'altro, in materia di acquisti centralizzati per conto delle strutture della Giunta Regionale e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale;

VISTO il Decreto Legislativo 18 aprile 2016, n. 50 concernente "Codice dei contratti pubblici" e ss.mm. e ii.;

VISTO il D.L. 24 aprile 2014, n. 66, convertito in legge 23 giugno 2014, n. 89, che al comma 1 prevede nell'ambito dell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti operante presso l'ANAC l'istituzione dell'elenco dei soggetti aggregatori di cui fanno parte Consip S.p.A. e una centrale di committenza per ciascuna regione e al comma 3 prevede che con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri sono individuate le categorie di beni e di servizi nonché le soglie al superamento delle quali è obbligatorio il ricorso a Consip S.p.A. o agli altri soggetti aggregatori per lo svolgimento delle relative procedure e per tali categorie di beni e servizi, l'ANAC non rilascerà più il codice identificativo gara (CIG) alle stazioni appaltanti che non ricorrano a Consip S.p.A. o ad altro soggetto aggregatore;

VISTO il DPCM del 11 luglio 2018 che, ai fini dell'attuazione di quanto previsto all'art. 9, comma 3, del D.L. 24 aprile 2014, n. 66, convertito dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, individua le categorie merceologiche per le quali è previsto l'obbligo di ricorrere a Consip o ad altro soggetto aggregatore;

RILEVATO che nelle categorie merceologiche di cui sopra sono ricompresi i farmaci;

VISTA la Deliberazione dell'Autorità Nazionale Anticorruzione n. 58 del 22 luglio 2015 con la quale la Direzione Regionale Centrale Acquisti è stata iscritta nell'elenco dei soggetti aggregatori ai sensi dell'articolo 9 del D. L. n. 66/2014, così come confermato nella delibera n. 784 del 20 luglio 2016, nella Delibera numero 31 del 17 gennaio 2018 e nella delibera n. 781 del 04 settembre 2019;

VISTA la legge 23 dicembre 2005, n. 266 e, in particolare, l'art. 1, comma 65, che pone le spese di funzionamento dell'Autorità Nazionale Anticorruzione a carico del mercato di competenza, per la parte non coperta dal finanziamento a carico del bilancio dello Stato;

VISTO il Decreto Legislativo 18 aprile 2016, n. 50, "Codice dei Contratti Pubblici" e ss. mm. e ii., in particolare l'art. 213, comma 12, che lascia invariato il sistema di autofinanziamento dell'A.N.AC. ai sensi dell'art. 1, comma 67, legge 23 dicembre 2005, n. 266 ovvero che "ai fini della copertura dei costi relativi al proprio funzionamento di cui al comma 65 determina annualmente l'ammontare delle contribuzioni ad essa dovute dai soggetti, pubblici e privati, sottoposti alla sua vigilanza, nonché le relative modalità di riscossione";

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 605 del 08/09/2020 che ha conferito l'incarico di Direttore della Direzione Regionale Centrale Acquisti al Dott. Andrea Sabbadini;

VISTA la Deliberazione dell'Autorità nazionale Anticorruzione n. 1121 del 29 dicembre 2020, con la quale vengono fissati i contributi che i soggetti pubblici e privati devono versare all'Autorità in attuazione dell'art. 1, commi 65 e 67, della legge 266/2005, relativamente all'anno 2021;

VISTO l'atto di organizzazione n. G07339 del 08/06/2022 relativo all'affidamento di incarico di dirigente dell'Area Pianificazione e Gare per gli Enti del Servizio Sanitario Regionale della Direzione Regionale Centrale Acquisti al dott. Pietro Leone;

VISTO l'Atto di Organizzazione N. GR1200-000018 del 10/09/2021 con il quale è stato definito l'assetto organizzativo della Direzione regionale Centrale Acquisti, modificato e integrato con l'Atto di Organizzazione n. G15196 del 07/12/2021;

VISTA la determinazione G14441 del 22/10/2019 con la quale è stato istituito il Sistema Dinamico di Acquisizione ai sensi dell'art. 55 del D.lgs. n. 50/2016 e s.m.i. per la fornitura di farmaci, emoderivati, vaccini e mezzi di contrasto destinati alle AA.SS. della Regione Lazio e di altri Soggetti Aggregatori, della validità di 48 mesi, pubblicata su GUUE 2019/S 206-501536;

VISTA la Determinazione G09823 del 25/07/2022 con la quale è stata disposta la sostituzione del contraente Ferring spa con l'operatore economico The Simply Pharma Company Limited per la fornitura del farmaco Testavan, aggiudicato con provvedimento G13653 del 17/11/2020 nell'ambito dell'appalto specifico per l'acquisizione di farmaci occorrenti alle Aziende Sanitarie della Regione Lazio e Calabria – farmaci 2020_Terza tranche;

PRESO ATTO che successivamente all'adozione del provvedimento di cui al punto che precede, è emerso che, a partire dal 22 maggio 2022, la subentrante The Simply Pharma Company Limited si avvale per la distribuzione del predetto farmaco, della società Alloga (Italia) Srl;

VISTA la documentazione acquisita agli atti regionali con prot. n. 0851380 del 08/09/2022 ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 di seguito elencata:

- “Dichiarazione Alloga – Prodotto Testavan Gel 85,5G 56D 20MG/G” (Allegato 1) con al quale la società dichiara (i) di essere distributore esclusivo sul territorio nazionale del prodotto in oggetto per conto del titolare AIC “the Simple Pharma Company” e che (ii) tutti gli ordini di fornitura devono essere intestati ed inviati ad Alloga (Italia) srl (iii) La responsabilità del rapporto di fornitura resta unicamente in capo alla mandante Titolare di Aic;
- “Comunicazione nomina del distributore di vendita indirizzata all’AIFA” con la quale l’Alloga (Italia) Srl comunica alla predetta Agenzia che è stata nominata distributore esclusivo del medicinale in oggetto a partire dal 10/05/2022 (Allegato 2);
- “Dichiarazione sostitutiva ai sensi del d.p.r. 445/2000 autocertificazione sull’assenza dei motivi di esclusione di cui all’art. 80 del d.lgs. 50/2016 e s.m.i.” da parte del procuratore della società Alloga (Italia) Srl (Allegato 3);
- Dichiarazione ai sensi dell’art. 85, comma 3 del D.Lgs. 159/2011, da parte del procuratore della società Alloga (Italia) Srl (Allegato 4);
- Dichiarazione ex art. 1 DPCM n. 187/91 sulla composizione societaria, da parte del procuratore della società Alloga (Italia) Srl (Allegato 5);

RITENUTO pertanto necessario prendere atto del rapporto di distribuzione in esclusiva del farmaco in oggetto fra la società The Simply Pharma Company Limited e la società Alloga (Italia) Srl secondo le caratteristiche indicate nella documentazione acquisita agli atti con nota prot. n. 0851380 del 08/09/2022 ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 ed allegata al presente provvedimento;

DETERMINA

per le motivazioni indicate in premessa e che qui si intendono sostanzialmente ed integralmente riportate,

- di prendere atto del rapporto di distribuzione in esclusiva del farmaco in oggetto fra la società The Simply Pharma Company Limited e la società Alloga (Italia) Srl secondo le caratteristiche indicate nella documentazione acquisita agli atti con nota prot. n. 0851380 del 08/09/2022 ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 ed allegata al presente provvedimento;
- di sottoporre alla condizione risolutiva il contratto di fornitura del medicinale in oggetto TEVASTAN, ove si accertasse la non rispondenza delle dichiarazioni per le verifiche ex art. 80 D.Lgs n. 50/2016 effettuate sull’ operatore economico distributore che sono in itinere;
- di trasmettere la presente Determinazione alle Società interessate ed alle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Lazio;
- di pubblicare il presente provvedimento sul sito istituzionale www.regione.lazio.it – sezione Bandi di Gara, sul BURL e nella sezione Amministrazione trasparente.

Avverso il presente atto è ammesso ricorso giurisdizionale avanti innanzi al Tribunale Amministrativo del Lazio nel termine di giorni 30 (trenta) dalla pubblicazione.

Il Direttore
Andrea Sabbadini

Copia



Padova lì 25/08/2022

Spett.le.

**Direzione Regionale Centrale Acquisti
della Regione Lazio**

**Area Pianificazione e Gare per Enti
del Servizio Sanitario Regionale**

Oggetto: Dichiarazione Alloga – Prodotto Testavan Gel 85,5G 56D 20MG/G.

A chi di competenza,

Si precisa che la scrivente ditta Alloga (Italia) Srl è distributore esclusivo sul territorio nazionale del prodotto in oggetto per conto del titolare AIC "the Simple Pharma Company".

Comunichiamo inoltre che:

- Tutti gli ordini devono essere intestati ed inviati ad Alloga (Italia) srl
- La responsabilità del rapporto di fornitura resta unicamente in capo alla mandante Titolare di Aic

Cordiali saluti
Alloga (Italia) Srl

 The Simple Pharma Company

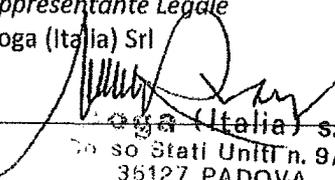
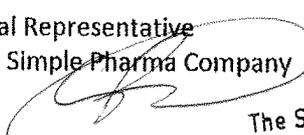
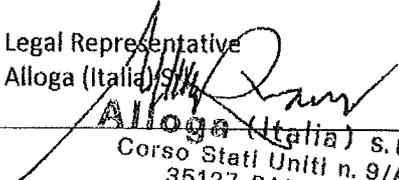
AIFA
 AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO
 Via del Tritone 181
 00187 Roma
 Area Autorizzazione Medicinali
 Uff. Certificazioni e importazioni parallele
protocollo@pec.aifa.gov.it

London, 10 Maggio 2022

Oggetto: Comunicazione nomina del Distributore per la vendita
Sp. Medicinale: TESTAVAN ("20 MG/G GEL TRANSDERMICO" 1 CONTENITORE MULTIDOSE DA 85,5 G/56 DOSI IN PP CON POMPA DOSATRICE E APPLICATORE); TESTAVAN ("20 MG/G GEL TRANSDERMICO" 3X1 CONTENITORI MULTIDOSE DA 85,5 G/56 DOSI IN PP CON POMPA DOSATRICE E APPLICATORE) e VITAROS ("3 MG/G CREMA" 4 CONTENITORI MONODOSE IN PP/PE DA 100 MG IN BUSTINA AL SINGOLA)
AIC n: 045567017, 045567029 e 041332026

<p>La scrivente Società The Simple Pharma Company, SIS n. 5483, domiciliata presso Ground Floor, 71 Lower Baggot St, Dublin D02 P593, Ireland, nella persona del Legale Rappresentante, il Sig. Charles Bryant</p> <p style="text-align: center;">COMUNICA</p> <p>che a partire dal 10/5/2022 la società: Alloga (Italia) Srl, domiciliata in via Moggia, 75A, Lavagna (GE) Italy (SIS code 000665) viene nominata quale Distributore Esclusivo dei medicinali in oggetto.</p> <p>Alloga (Italia) Srl, nella persona del Rappresentante Legale Dr. Antonino Rivara, dichiara di accettare l'incarico e si impegna a operare in linea con la normativa vigente.</p> <p>Si è concordato che il distributore esclusivo alla vendita non apparirà sugli stampati.</p> <p>Persona responsabile del Servizio Scientifico: Dr.ssa Paola Lorenzini, già notificata secondo le modalità indicate da AIFA.</p> <p>Si allegano alla presente i documenti seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Carta di Identità Legale Rappresentante The Simple Pharma - Carta di Identità Alloga (Italia) srl <p>In fede,</p>	<p>The undersigned company The Simple Pharma Company, SIS n. 5483, domiciled at Ground Floor, 71 Lower Baggot St, Dublin D02 P593, Ireland, in the person of its Legal Representative, Mr. Charles Bryant</p> <p style="text-align: center;">COMMUNICATES</p> <p>that starting from 10/5/2022 the company: Alloga (Italia) Srl, domiciled in via Moggia, 75A, Lavagna (GE) Italy (SIS code 000665) is appointed as the exclusive "Sales Distributor" of the medicinal products in re.</p> <p>Alloga (Italia) Srl, in the person of the Legal Representative Dr. Antonino Rivara, declares to accept the appointment and undertakes to operate in line with current regulations.</p> <p>It is agreed that the Sales Distributor will not appear on the Product Information.</p> <p>Person in charge of the Scientific Service Dr. Paola Lorenzini, already notified according to AIFA procedures.</p> <p>The following documents are attached to this letter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identity Card of Legal Representative The Simple Pharma - Identity Card of Legal Representative Alloga <p>Faithfully,</p> 
---	--

The Simple Pharma Company

<p>Titolare AIC</p> <p><i>Rappresentante Legale</i> The simple Pharma Company LTD</p>  <p>Distributore di Vendita</p> <p>The Simple Pharma Company Limited Ground Floor, 71 Lower Baggot Street, Dublin D02 P593, Ireland Vat No. IE3691227RH</p> <p><i>Rappresentante Legale</i> Alloga (Italia) Srl</p>  <p>Alloga (Italia) s.r.l. Corso Stati Uniti n. 9/A 35127 PADOVA Cod. Fisc. 00101780492 Part IVA 01099110999</p>	<p>MA Holder</p> <p><i>Legal Representative</i> The Simple Pharma Company</p>  <p>Sales Distributor</p> <p>The Simple Pharma Company Limited Ground Floor, 71 Lower Baggot Street, Dublin D02 P593, Ireland Vat No. IE3691227RH</p> <p><i>Legal Representative</i> Alloga (Italia) Srl</p>  <p>Alloga (Italia) s.r.l. Corso Stati Uniti n. 9/A 35127 PADOVA Cod. Fisc. 00101780492 Part IVA 01099110999</p>
--	---



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 AUTOCERTIFICAZIONE SULL'ASSENZA DEI MOTIVI DI ESCLUSIONE DI CUI ALL'ART. 80 DEL D.LGS. 50/2016 E S.M.I.

Il sottoscritto Antonino Rivara C.F. RVR NNN 56E12 C621G nato il 12/05/1956 a Chiavari (GE) in qualità di Legale Rappresentante della ditta Alloga (Italia) srl con sede legale in Lavagna C.F. 00101780492 partita IVA 01099110999 e-mail customerservice@alloga.it (sede operativa), tel. 0498700344 (sede operativa), fax 0498700432 (sede operativa) pec amministrazione@pec.alloga.it (sede operativa) consapevole delle sanzioni penali previste dagli articoli 75 e 76 del DPR 28.12.2000 n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, al fine di poter assolvere agli obblighi sul possesso dei requisiti di ordine generale per l'affidamento e l'esecuzione di lavori, servizi e forniture con valore inferiore a € 40.000,00 effettuati per l'Amministrazione in indirizzo;

DICHIARA

che nei propri confronti non sussistono motivi di esclusione dall'affidamento di contratti pubblici per lavori, servizi o forniture, elencati all'art. 80 del D.Lgs. 18/04/2016 n. 50 e s.m.i.

data Lavagna 29/09/2022

firma _____

Ai fini della validità della presente dichiarazione deve essere allegata fotocopia, non autenticata, del documento di identità del sottoscrittore (Esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 38 comma 3, del D.P.R. 28.12.2000 n. 445).

Ai sensi del D.Lgs. 196/03 "*Codice in materia di protezione dei dati personali*" con firma in calce alla presente dichiarazione esprimo il consenso e autorizzo l' Azienda in indirizzo al trattamento dei dati comunicati, esclusivamente per le finalità inerenti la gestione delle procedure.

L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000). In caso di dichiarazione falsa il sottoscrittore sarà denunciato all'autorità giudiziaria. Ove il dichiarante è una società l'autocertificazione dovrà essere prodotta dal rappresentante legale e da tutti gli amministratori con poteri di firma.

Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

N.B. Compilare tutti i campi esclusivamente in formato word o a stampatello

_Il sottoscritto (nome e cognome) LUIGI CARDINALI

nato a LAVAGNA Prov. GE il 02/10/1960residente a CHIAVARI via/piazza Via Privata 11/5

Codice Fiscale CRNLGU68R02E488V in qualità di PROCURATORE

della società ALLOGA ITALIA SRL_

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di non avere nessun familiare convivente maggiorenne

OPPURE

ai sensi dell' art. 85, comma 3 del D.Lgs 159/2011 di avere i seguenti familiari conviventi di maggiore età **:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Codice Fiscale	Residenza	Grado di parentela
MONTEVERDE SANDRA	LAVAGNA 12/08/1974	MNTSDR74M52E488U	Via Privata 11/5, CHIAVARI	CONIUGE

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____ data

_____ firma leggibile del dichiarante

(*) N.B.: la presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000). In caso di dichiarazione falsa il cittadino sarà denunciato all'autorità giudiziaria.

Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

N.B. Compilare tutti i campi esclusivamente in formato word o a stampatello

Il sottoscritto_ (nome e cognome) ___ MARCO VENTRONI _____
nato_ a NUORO Prov. NU il 29/10/1976 residente a LAVAGNA via/piazza VIA MOGGIA 75
Codice Fiscale VNTMRC76R29F979L
in qualità di PROCURATORE
della società ALLOGA SRL

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di non avere nessun familiare convivente maggiorenne

OPPURE

ai sensi dell' art. 85, comma 3 del D.Lgs 159/2011 di avere i seguenti familiari conviventi di maggiore età **:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Codice Fiscale	Residenza	Grado di parentela
PANAGHIU NADEJA	03/05/1985 REP.MOLDAVA	PNGNJD85E43Z140M	VIA MOGGIA 75 LAVAGNA	CONIUGE

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____ data

_____ firma leggibile del dichiarante

(*) N.B.: la presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000). In caso di dichiarazione falsa il cittadino sarà denunciato all'autorità giudiziaria

Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

N.B. Compilare tutti i campi esclusivamente in formato word o a stampatello

Il sottoscritto_ (nome e cognome) CALLORI MASSIMO

nato_ a LA SPEZIA Prov. SP il 21/01/1969 residente a LAVAGNA via/piazza VIA FIESCHI 44/10

Codice Fiscale CLLMSM69A21E463F

in qualità di PROCURATORE

della società ALLOGA SRL

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di non avere nessun familiare convivente maggiorenne

OPPURE

ai sensi dell' art. 85, comma 3 del D.Lgs 159/2011 di avere i seguenti familiari conviventi di maggiore età **:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Codice Fiscale	Residenza	Grado di parentela
CALLORI ADRIANA	LAVAGNA 01/08/1996	CLLDRN96M01E488Z	VIA FIESCHI 44/10 LAVAGNA	FIGLIA

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

data

firma leggibile del dichiarante

(*) N.B.: la presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000). In caso di dichiarazione falsa il cittadino sarà denunciato all'autorità giudiziaria.

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

N.B. Compilare tutti i campi esclusivamente in formato word o a stampatello

Il sottoscritto_ (nome e cognome) CAPUZZOLO NICOLA

nato_ a lavagna Prov. Ge il 08/09/1971 residente a COGORNO via/piazza VIA DEI LUNGHI 17/2

Codice Fiscale CPZNCL71P08E488W

in qualità di PROCURATORE

della società ALLOGA SRL

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità**DICHIARA** di non avere nessun familiare convivente maggiorenne**OPPURE**

ai sensi dell' art. 85, comma 3 del D.Lgs 159/2011 di avere i seguenti familiari conviventi di maggiore età **:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Codice Fiscale	Residenza	Grado di parentela
CAPUZZOLO FRANCESCO	LA SPEZIA 17/10/1940	CPZFNC40R17E463B	VIA DEI LUNGHI 17/2 COGORNO	PADRE

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____ data

_____ firma leggibile del dichiarante

(*) N.B.: la presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000). In caso di dichiarazione falsa il cittadino sarà denunciato all'autorità giudiziaria.

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

N.B. Compilare tutti i campi esclusivamente in formato word o a stampatello

la sottoscritta_ (nome e cognome) ANNA SCANNAVINO

nata_ a CHIAVARI Prov. GE il 22/08/1977 residente a CHIAVARI via/piazza CASE SPARSE n.__2b/1

Codice Fiscale SCNNMR77M62C621Y

in qualità di SINDACA

della società ALLOGA SRL

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità**DICHIARA** di non avere nessun familiare convivente maggiorenne**OPPURE**

ai sensi dell' art. 85, comma 3 del D.Lgs 159/2011 di avere i seguenti familiari conviventi di maggiore età **:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Codice Fiscale	Residenza	Grado di parentela
PONS FEDERICO	GENOVA 07/10/1974	PNSFRC74R07D969K	VIA CASE SPARSE n.2b/1 CHIAVARI	CONIUGE

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____ data

_____ firma leggibile del dichiarante(*)

(*) N.B.: la presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000). In caso di dichiarazione falsa il cittadino sarà denunciato all'autorità giudiziaria

Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

N.B. Compilare tutti i campi esclusivamente in formato word o a stampatello

Il sottoscritto_ (nome e cognome) ROBERTO SARTI

nato_ a SARZANA Prov. SP il 29/04/1967 residente a COGORNO via/piazza CORSO RISORGIMENTO
282/2

Codice Fiscale SRTRRT67D29I449Z

in qualità di PROCURATORE

della società ALLOGA SRL

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di non avere nessun familiare convivente maggiorenne

OPPURE

ai sensi dell' art. 85, comma 3 del D.Lgs 159/2011 di avere i seguenti familiari conviventi di maggiore età **:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Codice Fiscale	Residenza	Grado di parentela

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

data

firma leggibile del dichiarante

(*) N.B.: la presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000). In caso di dichiarazione falsa il cittadino sarà denunciato all'autorità giudiziaria

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

N.B. Compilare tutti i campi esclusivamente in formato word o a stampatello

Il sottoscritto_ (nome e cognome) GIACOMO SACCHI NEMOURS

nato_ a Milano Prov. MI il 21/04/1963 residente a GENOVA via/piazza Via F. Romani 8/2

Codice Fiscale SCCGCM63D21F2050

in qualità di SINDACO in carica fino approvazione del Bilancio al 31/08/2022

della società ALLOGA SRL

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità**DICHIARA** di non avere nessun familiare convivente maggiorenne**OPPURE**

ai sensi dell' art. 85, comma 3 del D.Lgs 159/2011 di avere i seguenti familiari conviventi di maggiore età **:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Codice Fiscale	Residenza	Grado di parentela
SECCHI NEMOURS EUGENIA	GENOVA 06/05/1999	SCCGNE99E46D969C	Via F. Romani 8/2 GENOVA	FIGLIA
SECCHI ALESSANDRA MARIA CATERINA	GENOVA 21/11/2001	SCCLSN01S60D969X	Via F. Romani 8/2 GENOVA	FIGLIA

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____ data

_____ firma leggibile del dichiarante

(*) N.B.: la presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000). In caso di dichiarazione falsa il cittadino sarà denunciato all'autorità giudiziaria

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

N.B. Compilare tutti i campi esclusivamente in formato word o a stampatello

Il sottoscritto_ (nome e cognome) SERGIO LEVERONE

nato_a CHIAVARI Prov. GE il 26/02/1966 residente a CHIAVARI via/piazza VIA AURELIA 10

Codice Fiscale LVRSRG66B26C621S

in qualità di PROCURATORE

della società ALLOGA SRL

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità**DICHIARA** di non avere nessun familiare convivente maggiorenne**OPPURE**

ai sensi dell' art. 85, comma 3 del D.Lgs 159/2011 di avere i seguenti familiari conviventi di maggiore età **:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Codice Fiscale	Residenza	Grado di parentela
LERTORA KETTERER SILVANA	CILE, 03/06/1970	LRTSVN70H43Z603M	VIA DOMENICO CUNEO 243/5 – SAN COLOMBANO CERTENOLI (GE)	CONIUGE
LEVERONE VERONICA	GENOVA 24/09/1999	LVRVNC99P64D969T	VIA DOMENICO CUNEO 243/5 – SAN COLOMBANO CERTENOLI (GE)	FIGLIA

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____ data

_____ firma leggibile del dichiarante

(*) N.B.: la presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000). In caso di dichiarazione falsa il cittadino sarà denunciato all'autorità giudiziaria

Copia

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

N.B. Compilare tutti i campi esclusivamente in formato word o a stampatello

Il sottoscritto_ (nome e cognome) RIVARA ANTONINO

nato_ a GENOVA Prov. GE 12/05/1956 residente a LAVAGNA, CORSO RISORGIMENTO n._5/30

Codice Fiscale RVRNNN56E12C621G

in qualità di LEGALE RAPPRESENTANTE

della società ALLOGA SRL

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità**DICHIARA** di non avere nessun familiare convivente maggiorenne**OPPURE**

ai sensi dell' art. 85, comma 3 del D.Lgs 159/2011 di avere i seguenti familiari conviventi di maggiore età **:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Codice Fiscale	Residenza	Grado di parentela
BONINO ANNAMARIA	LAVAGNA, 27/07/1958	BNNNMR58L67E488N	Corso Risorgimento 5/30, LAVAGNA	CONIUGE

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____ data

_____ firma leggibile del dichiarante

(*) N.B.: la presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000). In caso di dichiarazione falsa il cittadino sarà denunciato all'autorità giudiziaria.

Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

N.B. Compilare tutti i campi esclusivamente in formato word o a stampatello

la sottoscritta_ (nome e cognome) MARIA NEVIA GIORGINI

nata_ a ROMA Prov. RM il 24/09/1956 residente a CHIAVARI via/piazza VIA NAZARIO SAURO 21/24. _____

Codice Fiscale GRGMNV56P64H501B

in qualità di SINDACA SUPPLENTE

della società ALLOGA SRL

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di non avere nessun familiare convivente maggiorenne

OPPURE

ai sensi dell' art. 85, comma 3 del D.Lgs 159/2011 di avere i seguenti familiari conviventi di maggiore età **:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Codice Fiscale	Residenza	Grado di parentela
TRAVERSARO CORI	GENOVA 20/06/1993	TRVCRO93H60D969I	VIA NAZARIO SAURO 21/24 CHIAVARI	FIGLIA
STRANGI DAVIDE	CIRO' MARINA (KR) 12/11/1986	STRDVD86S12C726E	VIA NAZARIO SAURO 21/24 CHIAVARI	FIGLIO

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____ data

_____ firma leggibile del dichiarante

(*) N.B.: la presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000). In caso di dichiarazione falsa il cittadino sarà denunciato all'autorità giudiziaria

Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

N.B. Compilare tutti i campi esclusivamente in formato word o a stampatello

la sottoscritta_ (nome e cognome) MADDALENA GIORGINI

nata_ a ROMA Prov. RM il 09/12/1958 residente a CHIAVARI via/piazza VIA BONTA' 34/4. _____

Codice Fiscale GRGMDL58T49H501B

in qualità di SINDACA SUPPLENTE

della società ALLOGA SRL

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di non avere nessun familiare convivente maggiorenne

OPPURE

ai sensi dell' art. 85, comma 3 del D.Lgs 159/2011 di avere i seguenti familiari conviventi di maggiore età **:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Codice Fiscale	Residenza	Grado di parentela
Carnevale Arella Mauro	CHIAVARI 30/09/1950	CRNMRA50P30C621X	VIA BONTA' 34/4 CHIAVARI	CONIUGE
Carnevale Arella Cecilia	LAVAGNA 28/06/1996	CRNCCL96H28E488J	VIA BONTA' 34/4 CHIAVARI	FIGLIA

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____ data

_____ firma leggibile del dichiarante

(*) N.B.: la presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000). In caso di dichiarazione falsa il cittadino sarà denunciato all'autorità giudiziaria.

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

N.B. Compilare tutti i campi esclusivamente in formato word o a stampatello

Il sottoscritto_ (nome e cognome) BREGANTE MAURIZIO

nato_ a GENOVA Prov. GE il 05/02/1956 residente a GENOVA via/piazza_ Viale Odino 1/8_____

Codice Fiscale BRGMRZ56B05D969E

in qualità di PRESIDENTE DEL COLLEGIO SINDACALE

della società ALLOGA SRL

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità**DICHIARA** di non avere nessun familiare convivente maggiorenne**OPPURE**

ai sensi dell' art. 85, comma 3 del D.Lgs 159/2011 di avere i seguenti familiari conviventi di maggiore età **:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Codice Fiscale	Residenza	Grado di parentela
LIPPOLIS ADRIANA	LIVORNO 06/02/1959	LPPDRN59B46E625R	VIALE ODINO 1/8 GENOVA	CONIUGE
BREGANTE CRISTINA	GENOVA 14/08/1992	BRGCST92M54D969P	VIALE ODINO 1/8 GENOVA	FIGLIA

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____ data

_____ firma leggibile del dichiarante

(*) N.B.: la presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000). In caso di dichiarazione falsa il cittadino sarà denunciato all'autorità giudiziaria.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETÀ
 Dichiarazione ex art. 1 DPCM n. 187/91 sulla composizione societaria. (artt. 47 e 48, DPR 445/00)

Il sottoscritto ANTONINO
 nato a CHIAVARI Prov. GE 12/05/1956
 residente in LAVAGNA - GE via CORSO RISORGIMENTO 5 INT.
 nella sua qualità di legale rappresentante della Ditta ALLOGA ITALIA
 avente sede legale a LAVAGNA - GE in via VIA MOGGIA 75A

consenso della responsabilità penale

cui può incorrere, art. 76, D.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazione mendace o, comunque, relativa a dati non più rispondenti a verità:

dichiara

ai sensi e per gli effetti cui all'art. 1 del D.P.C.M. 187/91, che la composizione societaria è la seguente:

Nome e cognome	Data e luogo di nascita	Comune di residenza	Codice fiscale	% sul capitale sociale
<u>Alliance Healthcare Italia spa</u>		<u>via Tiburtina 1310, 00100 Roma</u>	<u>05164260639</u>	<u>100%</u>

- che per tutte le quote societarie non esiste alcun diritto reale di godimento o di garanzia sulla base delle risultanze del libro dei soci, delle comunicazioni ricevute e di qualsiasi altro dato a sua disposizione

- che esistono diritti reali di godimento o di garanzia sulla base delle risultanze del libro dei soci, delle comunicazioni ricevute e di qualsiasi altro dato a sua disposizione, intestati a

- che nessun soggetto munito di procura irrevocabile ha esercitato il voto nelle assemblee societarie nell'ultimo anno e che ne abbia comunque diritto

- che il Sig., nato a Il, residente a via munito di procura irrevocabile ha esercitato (non ha esercitato) il voto nelle assemblee societarie nell'ultimo anno e ne ha comunque diritto

Luogo e data Lavagna 25/08/2022

Firma

.....

La dichiarazione, può essere presentata con sottoscrizione non autenticata, purché accompagnata da copia fotostatica chiara e leggibile (ancorché non autenticata) di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità, in conformità a quanto disposto dall'art. 38, c. 3, del D.P.R. 28.12.2000 n. 445. In mancanza del documento d'identità la sottoscrizione dovrà essere autenticata da Notaio o Pubblico Ufficiale a ciò autorizzato. Documento da prodursi solo per le società di azioni, in accomandita per azioni, a responsabilità limitata, società cooperative per azioni o a responsabilità limitata, società consorziali per azioni o a responsabilità limitata.