

Data \_\_\_\_\_

**DOMANDA DI SUCCESSIONE**

da inviare a mezzo Raccomandata oppure da consegnare in originale presso l'Ufficio Soci in Via Passione 8, 20122 Milano

<b>Il/La sottoscritto/a</b>	
<b>Residente a (Località)</b>	<b>Cap</b>
<b>Via/Piazza</b>	<b>Tel.</b>
<b>Email:</b>	
<b>Codice Fiscale:</b>	
<b>Nella qualità di (1)</b>	<b>Del defunto (2)</b>
<b>Intestatario/a di n° .....azioni di questa Società, allega in originale i certificati numero: .....</b>	

**DOMANDA che le azioni stesse siano (3) .....**

**Per n°..... Azioni al Sig. ....**

**Domiciliato a .....**

**IBAN .....**

**Per n°..... Azioni al Sig. ....**

**Domiciliato a .....**

**IBAN .....**

**Per n°..... Azioni al Sig. ....**

**Domiciliato a .....**

**IBAN .....**

Si uniscono i seguenti documenti:

1. Atto di morte rilasciato dal Municipio di .....in data.....
2. Testamento a rogito Dr.....in data.....
3. Atto di notorietà della R. Pretura del Mandamento .....in data.....
4. Domanda di ammissione per successione (erede non socio).
5. Nomina del rappresentante della comunione ereditaria da parte degli eredi ovvero rinuncia scritta da parte degli eredi in favore di quello designato.
6. Documenti d'identità e codice fiscale di tutti gli eredi.
7. Certificati azionari in originale.

**P.S.:** Qualora l'erede/gli eredi richiedano la liquidazione della quota, il rimborso avverrà entro sei mesi dall'approvazione del bilancio d'esercizio in cui il rapporto sociale si è sciolto.

**Firma** \_\_\_\_\_

**IL PRESIDENTE**

**Consenso dell'interessato al trattamento dei propri dati personali comuni o sensibili  
(Informativa D.Lgs N. 196/2003)**

Il sottoscritto interessato, con la firma apposta in calce alla presente attesta il proprio libero consenso affinché il titolare (Società Cooperativa Farmaceutica) proceda al trattamento dei dati personali

Firma.....

**Legenda: (1) Erede, legatario (2) Cognome, nome e paternità (3) Trapassate/rimborsate**