*Comune di CASTEL DI LAMA*

*Provincia di ASCOLI PICENO*

**Informazioni di dettaglio sulle singole partecipazioni**

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | **Nome Partecipata – CF Partecipata** |

***Scheda di dettaglio***

**DATI ANAGRAFICI DELLA PARTECIPATA**

| **NOME DEL CAMPO** |  |
| --- | --- |
| **Codice Fiscale** | ......01896450440................................................................................................... |
| **Denominazione** | FARMACIA COMUNALE LAMA SRL......................................................................................... |
| **Anno di costituzione della società** | 2006........................................................................................................ |
| **Forma giuridica** | SOCIETA' A RESPONSABILITA' LIMITATA. |
| **Tipo di fondazione** | Scegliere un elemento. |
| **Altra forma giuridica** | ......................................................................................................... |
| **Stato della società** | ATTIVA |
| **Anno di inizio della procedura** ([[1]](#footnote-1)) | ......................................................................................................... |
| **Società con azioni quotate in mercati regolamentati (**[[2]](#footnote-2)**)** | ......................................................................................................... |
| **Società che ha emesso strumenti finanziari quotati in mercati regolamentati (ex TUSP)** (2) | ......................................................................................................... |

**Ulteriori informazioni**

Nel presente riquadro:

* con riferimento allo “**Stato della società**”, spiegare i motivi delle eventuali situazioni di inattività o sospensione, ovvero chiarire lo stato della procedura di liquidazione e relativa data di presumibile conclusione
* con riferimento alle “**Società con azioni quotate in mercati regolamentati**”, indicare il mercato in cui le azioni della società sono quotate;
* con riferimento alla “**Società che ha emesso strumenti finanziari quotati in mercati regolamentati**”, descrivere gli strumenti e indicare il mercato in cui sono quotati.

**SEDE LEGALE DELLA PARTECIPATA**

| **NOME DEL CAMPO** |  |
| --- | --- |
| **Stato** | Italia |
| **Provincia** | Ascoli Piceno |
| **Comune [[3]](#footnote-3)\*** | Castel di Lama |
| **CAP \*** | 63082 |
| **Indirizzo \*** | Largo Petrarca 2 |
| **Telefono \*** | +39 0736812677 |
| **FAX \*** | +39 0736812677 |
| **Email \*** | comunalecasteldilama@tiscali.it |

**SETTORE DI ATTIVITÀ DELLA PARTECIPATA**

La lista dei codici Ateco è disponibile al link [*http://www.istat.it/it/strumenti/definizioni-e-classificazioni/ateco-2007*](http://www.istat.it/it/strumenti/definizioni-e-classificazioni/ateco-2007)*.* ***(consultare le comunicazioni degli anni precedenti)***

| **NOME DEL CAMPO** |  |
| --- | --- |
| **Attività 1** | 47.73.10 Farmacia |
| **Peso indicativo dell’attività %** | 100% |
| **Attività 2 \*** |  |
| **Peso indicativo dell’attività % \*** |  |
| **Attività 3 \*** | ......................................................................................................... |
| **Peso indicativo dell’attività % \*** | ......................................................................................................... |
| **Attività 4 \*** | ......................................................................................................... |
| **Peso indicativo dell’attività % \*** | ......................................................................................................... |

**AFFIDAMENTI**

**ATTENZIONE:** La sezione deve essere compilata solamente se la partecipata svolge uno o più servizi nei confronti dell’Amministrazione dichiarante

| **NOME DEL CAMPO** | **INDICAZIONI PER LA COMPILAZIONE** |
| --- | --- |
| **Settore** | Farmacia |
| **Ente Affidante** | Amministrazione dichiarante |
| **Modalità affidamento** |  |
| **Importo impegnato nell’anno oggetto di rilevazione (importo annuale di competenza)** |  |

**DATI DI BILANCIO PER LA VERIFICA TUSP**

| **NOME DEL CAMPO** | **Anno 2017** |
| --- | --- |
| **Tipologia di attività svolta** | Farmacia |
| **Numero medio di dipendenti** | 2 |
| **Numero dei componenti dell'organo di amministrazione** | 1 |
| **Compenso dei componenti dell'organo di amministrazione** | € 8.000,00 |
| **Numero dei componenti dell'organo di controllo** | 1 |
| **Compenso dei componenti dell'organo di controllo** | € 1.500,00 |

**ATTENZIONE:** L’applicativo richiede la compilazione della sezione dati di bilancio per la verifica del TUSP solo nel caso in cui la società non depositi presso il registro delle imprese il Bilancio d’esercizio 2017.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME DEL CAMPO** | **2017** | **2016** | **2015** | **2014** | **2013** |
| **Approvazione bilancio** | Si | Si | Si | Si | Si |
| **Risultato d'esercizio** | 4.667,00 | 1.619,00 | 21,00 | 388,00 | 14.808,00 |

**Attività produttive di beni e servizi o Distretti tecnologici**

Compilare la seguente sotto-sezione se la “*Tipologia di attività svolta*” dalla partecipata è: “***Attività produttive di beni e servizi*”** o “***Attività di promozione e sviluppo di progetti di ricerca finanziati (Distretti tecnologici)*”.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOME DEL CAMPO** | **2017** | **2016** | **2015** |
| **A1) Ricavi delle vendite e delle prestazioni** | 561.551,00 | 573.560,00 | 574.889,00 |
| **A5) Altri Ricavi e Proventi** | …………………. | …………………….. | ……………. |
| **di cui Contributi in conto esercizio** | ................................ | ................................ | ................................ |

**QUOTA DI POSSESSO (quota diretta e/o indiretta)**

| **NOME DEL CAMPO** | **INDICAZIONI PER LA COMPILAZIONE** |
| --- | --- |
| **Tipologia di Partecipazione** | Diretta. |
| **Quota diretta [[4]](#footnote-4)** | 98% |
| **Codice Fiscale Tramite [[5]](#footnote-5)** | ......................................................................................................... |
| **Denominazione Tramite (organismo)** (6) | ......................................................................................................... |
| **Quota detenuta dalla Tramite nella società [[6]](#footnote-6)** | ......................................................................................................... |

**QUOTA DI POSSESSO – TIPO DI CONTROLLO**

| **NOME DEL CAMPO** | **INDICAZIONI PER LA COMPILAZIONE** |
| --- | --- |
| **Tipo di controllo** | Controllo diretto |

**Ulteriori informazioni**

Nel presente riquadro:

* Con riferimento al **“tipo di controllo”** se il controllo è indiretto indicare la “tramite” controllata/controllante; se il controllo sulla “tramite” è esercitato congiuntamente con altre amministrazioni, specificare le modalità di coordinamento tra i soci pubblici per l’esercizio del controllo.

**INFORMAZIONI ED ESITO PER LA RAZIONALIZZAZIONE**

| **NOME DEL CAMPO** | **INDICAZIONI PER LA COMPILAZIONE** |
| --- | --- |
| **La partecipata svolge un'attività di produzione di beni e servizi a favore dell'Amministrazione?** | No |
| **Attività svolta dalla Partecipata** | farmacia |
| **Descrizione dell'attività** | farmacia |
| **Quota % di partecipazione detenuta dal soggetto privato [[7]](#footnote-7)** | ......................................................................................................... |
| **Svolgimento di attività analoghe a quelle svolte da altre società (art.20, c.2 lett.c)** | No |
| **Necessità di contenimento dei costi di funzionamento (art.20, c.2 lett.f)** | No |
| **Necessità di aggregazione di società (art.20, c.2 lett.g)** | No |
| **L'Amministrazione ha fissato, con proprio provvedimento, obiettivi specifici sui costi di funzionamento della partecipata? (art.19, c.5) [[8]](#footnote-8)** | No |
| **Esito della ricognizione** | Mantenimento |
| **Modalità (razionalizzazione) [[9]](#footnote-9)**( | ……………………………………………………………………………. |
| **Termine previsto per la razionalizzazione** 10 | ......................................................................................................... |
| **Le misure di razionalizzazione sono state concluse alla data del 31/12/2018?** | …………………………………………………………………………….. |
| **Note [[10]](#footnote-10)\*** |  |

**Ulteriori informazioni**

Nel presente riquadro:

Con riferimento all’**”Attività svolta dalla partecipata”** indicare l’attività prevalente e se essa è svolta in favore dell’ente partecipante o della collettività di riferimento; in caso contrario, indicare altre entità beneficiarie di detta attività e le ragioni della originaria acquisizione e dell’eventuale mantenimento. Se la società gestisce partecipazioni, indicare eventuali servizi resi alle o ricevuti dalle partecipate, nonché attività operative svolte dalla holding;

Con riferimento allo **“Svolgimento di attività analoghe a quelle svolte da altre società”**, indicare le attività oggetto di duplicazione e le altre società partecipate in esse coinvolte;

Con riferimento all’**”Esito delle ricognozione”**, indicare la motivazione di un esito eventualmente diverso da quello della ricognizione straordinaria;

Con riferimento a **“Modalità (razionalizzazione)”,** indicare le motivazioni di modalità eventualmente diverse da quelle della ricognizione straordinaria. Nel caso di liquidazione, indicare il termine previsto per la conclusione della relativa procedura;

Con riferimento a **“Termine previsto per la razionalizzazione”**, indicare le motivazioni di un termine eventualmente diverso da quello della ricognizione straordinaria.

1. Compilare il campo “anno di inizio della procedura” solo se nel campo “stato della società” è stato selezionato un elemento diverso da “La società è attiva” [↑](#footnote-ref-1)
2. Le società emittenti azioni o strumenti finanziari in mercati regolamentati nell’applicativo sono individuate mediante elenchi ufficiali. [↑](#footnote-ref-2)
3. \* Campo con compilazione facoltativa all’interno del portale [↑](#footnote-ref-3)
4. Se la partecipazione è diretta o sia diretta che indiretta, inserire la quota detenuta direttamente dall’Amministrazione nella società. [↑](#footnote-ref-4)
5. Compilare se per “Tipologia di Partecipazione” è stato indicato “Partecipazione Indiretta” o “Partecipazione diretta e indiretta”. Inserire CF e denominazione dell’ultima tramite attraverso la quale la società è indirettamente partecipata dall’Amministrazione. [↑](#footnote-ref-5)
6. Inserire la quota di partecipazione che la “tramite” detiene nella società. [↑](#footnote-ref-6)
7. Compilare il campo se “Attività svolta dalla Partecipata” precedentemente selezionata è “realizzazione e gestione di opera pubblica ovvero organizzazione e gestione di servizio di interesse generale tramite PPP (Art.4, c.2, lett.c)”. [↑](#footnote-ref-7)
8. Compilare il campo se “Tipo di controllo” è stato selezionato elemento diverso da “nessuno”. [↑](#footnote-ref-8)
9. Campo obbligatorio se per “Esito della ricognizione” è stato selezionato “Razionalizzazione”. [↑](#footnote-ref-9)
10. \* Campo con compilazione facoltativa [↑](#footnote-ref-10)