



- che con il rilascio dell'atto di cui al presente procedimento il sottoscritto risulterà titolare dell'esercizio di una sola farmacia sull'intero territorio nazionale;
- di essere Iscritto all'Albo Professionale della Provincia di \_\_\_\_\_
- di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso che impediscano l'esercizio dell'attività;
- che ai fini antimafia non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza, o sospensione di cui all'art. 10 della Legge 575/1965 (requisiti antimafia);
- di aver rispettato i requisiti igienico-sanitari previsti dalla normativa vigente;
- di essere consapevole della necessità di attivare ulteriori ed eventuali endo-procedimenti, denunce o notifiche informative prescritte da altre disposizioni normative necessarie ai fini dello svolgimento dell'attività (quali la domanda di concessione o autorizzazione edilizia, le comunicazioni in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro, le richieste di certificati prevenzione incendi, ecc.)
- che provvederà a concordare con l'Azienda Sanitaria l'ispezione di cui all'art. 111 del R.D.1265/34 e a tal fine fa presente che i lavori termineranno indicativamente il \_\_\_\_\_

## DICHIARA

- che l'immobile e le strutture oggetto della presente dichiarazione possiedono i requisiti urbanistico-edilizi, igienico-sanitari, di sicurezza per l'esercizio dell'attività.

*ATTENZIONE: in caso di dubbio sul possesso dei requisiti NON presentare la presente e chiedere informazioni presso l'Amministrazione competente e/o i propri professionisti di fiducia*

- di avere rispettato le norme igienico-sanitarie previste nel vigente regolamento comunale in materia
- che la disponibilità dell'area/locali è avvenuta per:  
(barrare solo la casella corrispondente al titolo certificante il proprio diritto)
- compravendita  affitto  conferimento d'azienda  scissione d'azienda
- scioglimento con conferimento  fusione  comodato
- \_\_\_\_\_
- che l'attività verrà svolta nel rispetto di quanto previsto dalla normativa nazionale, regionale e comunale in materia;

Il sottoscritto inoltre **DICHIARA**:

- di avere titolo, legittimazione e possesso dei requisiti per la presentazione della presente istanza;
- di essere a conoscenza che ogni comunicazione relativa ai procedimenti attivati potrà essere inoltrata anche per il tramite dei professionisti indicati nel presente modello sia mediante trasmissione ordinaria (lettera) che mediante fax, email o altro sistema di comunicazione.

### (IN CASO DI CITTADINO STRANIERO)

- di essere in possesso di **permesso di soggiorno** per \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (specificare il motivo del rilascio) n° \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ con validità fino al \_\_\_\_\_
- di essere in possesso di **carta di soggiorno** n° \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (specificare il motivo del rilascio) n° \_\_\_\_\_ rilasciato da  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ con validità fino al \_\_\_\_\_

### ALLA PRESENTE ISTANZA ALLEGA

- Planimetria** in scala adeguata (di norma 1:50) dei nuovi locali compresi quelli eventualmente separati dalla farmacia e adibiti a deposito, magazzino, laboratorio con eventuale indicazione dello schema posizionamento delle attrezzature e arredi\*
- Relazione tecnica** descrittiva dei locali, delle attività e delle attrezzature\*

[ ] eventuali altri allegati \_\_\_\_\_

\* *INDICARE con precisione nelle planimetrie e/o nella relazione tecnica le informazioni utili sulle caratteristiche dei locali (superfici, altezze, rapporti aereoilluminanti ecc...)*

**N. B. - L'AVVIO DELL'ATTIVITA' E' SUBORDINATA ALL'ISPEZIONE  
DELL'ASL AI SENSI DELL'ART. 111 del R.D. 1265/34**

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_  
(luogo) (data)

**L'interessato**

\_\_\_\_\_

*Firma da apporre davanti all'impiegato oppure allegare fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validita'*

**NOTA - L'attività può essere iniziata SOLTANTO DOPO IL RILASCIO DELLA AUTORIZZAZIONE**

