

**FARMACIE - DOMANDA DI RILASCIO DI ATTO PER TRASFERIMENTO E/O
AMPLIAMENTO LOCALI FARMACIE NELL'AMBITO DELLA SEDE DI PERTINENZA**

(R.D.27/3/34 n. 1265, L.2/4/68 n. 475 e succ. modifiche, L.8/11/91 n.362, L.R.25/2/00 n.16 e succ. modifiche)

3 copie in carta semplice - il presente modello deve essere presentato unitamente alla domanda unica SUAP

*ALLO SPORTELLO UNICO
ATTIVITA' PRODUTTIVE
COMUNE DI _____*

(L'istanza deve essere pubblicata all'Albo Pretorio Comunale e copia deve essere inoltrata alla ASL ai fini della pubblicazione all'ALBO dell'Azienda Sanitaria)

Farmacia Privata

Farmacia comunale

Il sottoscritto Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ (Prov. ____)

Cittadinanza italiana ovvero _____

Codice Fisc

Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. ____)

Via/P.zza _____ n. _____

Tel. _____ cell. _____ Fax _____

E-mail _____@_____ [] barrare se email con firma digitale

In qualità di _____ della farmacia

Codice Fisc

P.IVA

denominazione o ragione sociale _____

con sede legale ovvero [] amministrativa nel Comune di _____

(Prov. ____) Via/P.zza _____ n. _____

CAP _____ Tel. _____ Fax _____

E-mail _____@_____ [] barrare se email con firma digitale

Iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di _____ al n. _____

Iscrizione al Tribunale di _____ al n. _____ (se prevista)

Farmacia sita in _____

Via/P.za _____ n. _____

Descrizione per identificazione: _____

—

—

CHIEDE

L'attivazione dei procedimenti amministrativi diretti all'ottenimento dell'atto di

[] TRASFERIMENTO DI SEDE NELL'AMBITO DELLA SEDE DI PERTINENZA

della Farmacia suddetta nei locali posti in Via/piazza _____ n. _____,

[] AMPLIAMENTO DI SUPERFICIE

della Farmacia suddetta nei locali dove svolge la propria attività, con acquisizione del n. civico _____

Via _____, da mq. _____ a mq. _____, assicurando il rispetto delle distanze dal più vicino esercizio similare (*non inferiore a mt. 200 per la via pedonale più breve*);

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 e la decadenza dai benefici conseguenti

A TAL FINE DICHIARA

PER LE FARMACIE PRIVATE:

- 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 aver conseguito l'idoneità al diritto di esercizio della farmacia ai sensi degli artt. 7 e 13 della L.362/91, art. 12 della L. 475/68 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni;
- di non incorrere in aspetti di incompatibilità nella gestione societaria ai sensi dell'art. 8 della L.8/11/91 n. 362 e dell'art.13 della L. 475/68 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni;

PER LE FARMACIE PRIVATE E COMUNALI:

- che i locali non sono a distanza inferiore a mt. 200 per la via pedonale più breve;
- che i locali rispettano le distanze previste dalla normativa dalla più vicina farmacia (*per le farmacie istituite ai sensi dell'art. 104 del Testo Unico 1265/34 e successive modificazioni, il limite di distanza è pari a mt. 3.000 dalla farmacia più vicina*);
- 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 garantire il rispetto dell'applicazione degli artt. 109,119 e 129 del R.D. 1265/34;
- 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 del 1934 e a tal fine fa presente che i lavori termineranno indicativamente il _____

PER LE FARMACIE COMUNALI:

- che la **Direzione della farmacia è affidata** al/alla Dott./Dott.ssa _____

Iscritto all'Albo Professionale della Provincia di _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____ (Prov. ____)

Cittadinanza italiana ovvero _____

Codice Fisc

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. ____)

Via/P.zza _____ n. _____

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*

Versamento diritti ASL e diritti SUAP - Informarsi presso il SUAP circa l'entità dei diritti da versare
 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...)*

_____ li _____

Firma del titolare o legale rappresentante

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

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

Il SUAP trasmette copia della istanza:

- alla ASL – servizio farmaceutico per il rilascio del relativo parere
- alla ASL (ufficio competente) per la pubblicazione all'ALBO dell'Azienda
- all'Albo Pretorio Comunale

ai fini della pubblicazione prevista per legge.

La ASL trasmette al SUAP:

- il referto di avvenuta pubblicazione
- il parere di competenza

ai fini del rilascio dell'autorizzazione.

Ai fini dell'inizio dell'attività l'interessato concorda con la ASL la visita ispettiva. L'autorizzazione viene rilasciata subordinatamente al buon esito di detta visita.

Parte riservata all'Ufficio comunale: pubblicazione per 15 gg. agli Albi

- Albo Pretorio del Comune dal _____ al _____
- Albo dell'Azienda Sanitaria dal _____ al _____

- che il sottoscritto non ha riportato condanne penali né ha 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)

_____ li _____

FIRMA DEL SOCIO

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

Firma
