



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\*

[ ] 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***

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

- *Albo Pretorio del Comune dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_*
- *Albo dell'Azienda Sanitaria dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_*

## FARMACIE – AUTOCERTIFICAZIONE ALTRI SOCI

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 certificata

*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*

### In qualità di SOCIO della Società di persone

Codice Fisc 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 P.IVA 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

con sede in Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**Denominazione della Farmacia** \_\_\_\_\_  
di cui all'autorizzazione rilasciata da \_\_\_\_\_ atto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
intestata a \_\_\_\_\_  
con sede in Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

### DICHIARA

- Di essere Socio di una sola Società (di cui al comma 1, art. 7, L. 8/11/91 n. 362)
- 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 e 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;
- 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 \_\_\_\_\_  
(luogo) (data)

### Il socio

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