



## RILASCIO DI AUTORIZZAZIONE

all'esercizio del servizio farmaceutico, a seguito di:

**RIDUZIONE DI SUPERFICIE** dei locali di attività della suddetta farmacia, da mq. \_\_\_\_\_ a mq. \_\_\_\_\_, con cessione del n. civico \_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_,

**TRASFORMAZIONE DEI LOCALI** di attività della suddetta farmacia come da planimetria allegata

**A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 e che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti, uso di atti falsi, l'Amministrazione è obbligata a provvedere alla pronuncia di decadenza dell'autorizzazione già rilasciata,**

### DICHIARA

1. che l'attività verrà svolta nel rispetto dell'articolazione interna dei singoli locali/spazi con specificazione sull'utilizzo degli stessi (magazzino, area vendita, ecc...), come risultante nella planimetria allegata;
2. di aver rispettato i requisiti igienico-sanitari previsti dalla normativa vigente;
3. 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.);
4. che gli spazi della farmacia, sottratti all'espletamento dell'attività farmaceutica, saranno destinati all'effettuazione di servizi \_\_\_\_\_, senza che ciò rechi intralcio alcuno all'attività farmaceutica medesima;
5. che provvederà a concordare con l'Azienda Sanitaria l'ispezione di cui all'art. 111 del R.D. n.1265/1934 e a tal fine fa presente che i lavori termineranno indicativamente il \_\_\_\_\_

### ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

1. **Planimetria** in scala adeguata (di norma 1:50) , idonea ad identificare l'articolazione interna dei singoli locali/spazi con specificazione sull'utilizzo degli stessi (magazzino, area vendita, ecc...), i percorsi interni ed esterni e gli accessi al presidio, la superficie in metri quadri per singoli locali, la collocazione dei principali macchinari e apparecchiature, compresi i locali eventualmente separati dalla farmacia e adibiti a deposito, magazzino, laboratorio con eventuale indicazione dello schema di posizionamento delle attrezzature e arredi, evidenziando gli spazi oggetto della presente istanza\*;
2. **Relazione tecnica** descrittiva dei locali, delle attività e delle attrezzature\*  
\* *INDICARE con precisione nelle planimetrie e/o nella relazione tecnica le informazioni utili sulle caratteristiche dei locali (superfici, altezze, rapporti aereoilluminanti ecc...)*
3. **Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà** per i dati relativi all'immobile  
**ovvero**  
copia del certificato di agibilità dei locali (in caso di agibilità già riconosciuta) o certificazione ai sensi della L.R. n.1/2005
4. **attestazione del versamento dei diritti Suap di € 60,00** sul c/c postale n. 8406236 intestato a "Unione di Comuni Valdarno e Valdisieve": "L.R. 16/2000 -rilascio autorizzazione per \_\_\_\_\_ – diritti istruttoria"
5.  eventuali altri allegati \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Firma del titolare o legale rappresentante

\_\_\_\_\_

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

***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.***

**Firma del titolare o legale rappresentante**

\_\_\_\_\_

*I dati di cui al presente procedimento amministrativo, ivi compresa la presente autorizzazione, sono trattati nel rispetto delle norme sulla tutela della privacy, di cui al Dlgs. 30 giugno 2003 n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 29 luglio 2003, n. 174, S.O.). I dati vengono archiviati e trattati sia in formato cartaceo sia su supporto informatico nel rispetto delle misure minime di sicurezza. L'interessato può esercitare i diritti di cui al citato Codice presentando richiesta direttamente presso lo Sportello Unico delle Attività Produttive.*

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

il/la sottoscritto/a .....

ai sensi dell' art. 47 del DPR n. 445/2000, richiamato l'art. 76 dello stesso decreto, **sotto la propria responsabilità**, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, ,

### DICHIARA

- La farmacia oggetto della presente istanza è ubicata in .....via.....  
n. .... interno ..... piano..... ed è contraddistinta al  NCT  NCEU dai seguenti dati catastali:

**Foglio di mappa** \_\_\_\_\_ **particella/e** \_\_\_\_\_ **sub.** \_\_\_\_\_

- L'unità immobiliare, facente parte  non facente parte  (*barrare l'ipotesi corrispondente*) di più ampio complesso immobiliare, è stata realizzata conformemente alla concessione/licenza edilizia nr. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ ;  
ovvero

L'immobile è stato realizzato anteriormente all'anno 1942, non in base a licenza edilizia;

Eventuali precisazioni: \_\_\_\_\_

- L'immobile, successivamente alla sua realizzazione, non è stato oggetto di alcun intervento edilizio;  
ovvero
- L'immobile è stato oggetto di interventi e/o modifiche di cui ai sotto specificati atti di assenso - autorizzazioni, concessioni, DIA :

Autorizzazione	nr. _____	del _____
Denuncia Inizio di Attività	nr. _____	del _____
Comunicazione ex art.26 L.47/85	nr. _____	del _____
Condono edilizio (richiesta) L.47/85	nr. _____	del _____
Sanatoria (richiesta) ex art.13 L.47/85	nr. _____	del _____
Altro (specificare) _____	nr. _____	del _____

- E' attualmente sottoposto ad intervento edilizio come meglio indicato nel procedimento di rilascio di concessione, autorizzazione, DIA o altro atto di assenso sotto indicato:

tipo di atto \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ ;  
tipo di atto \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ ;  
tipo di atto \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ ;

- L'immobile secondo il vigente strumento urbanistico ricade in:

Zona Omogenea ..... (art. \_\_\_ NTA) Sottozona/Classe ..... (art. \_\_\_ NTA)

- è  non è  (*barrare l'ipotesi corrispondente*) rilasciata / richiesta / accertata (prov. n. .... del ..... - istanza / dichiarazione prot. .... del ..... ) ABITABILITA' / AGIBILITA' dell'immobile

Eventuali osservazioni \_\_\_\_\_

**Con espresso riferimento alle dichiarazioni sopra rese e in conformità a quanto disposto dalla vigente normativa**

### DICHIARA ALTRESI'

che la farmacia, oggetto della richiesta di autorizzazione, è **in possesso dei requisiti** previsti dalle specifiche norme nazionali, regionali, locali in materia di caratteristiche ambientali, agibilità, accessibilità, protezione antisismica.

data \_\_\_\_\_

Il Richiedente  
\_\_\_\_\_

# RICHIESTA DI VISITA PREVENTIVA

Farmacia

Deposito medicinali

Inviare via fax al servizio farmaceutico

ASL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fisc 

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

Immobile sito in \_\_\_\_\_, Via/P.za \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**Descrizione per identificazione:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Avendo presentato al competente ufficio comunale in data \_\_\_\_\_ la richiesta di autorizzazione per:**

- Apertura    Trasferimento    Ampliamento locali    Riduzione locali    Trasformazione locali

Farmacia

Deposito medicinali

**ed avendo approntato i locali conformemente a quanto descritto nella documentazione a corredo dell'istanza di autorizzazione con la presente sono a chiedere la visita preventiva. Come concordato telefonicamente confermo la data del**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
giorno                      mese                      anno

I recapiti, per comunicazioni urgenti, sono:

Sig. \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

Sig. \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_\_