

Apporre
marca da
bollo



Unione di Comuni
valdarno valdisieve

Comuni di *Londa, Pelago, Pontassieve,
Reggello,
Rufina, San Godenzo*

**DOMANDA PER
TRASFERIMENTO E/O
AMPLIAMENTO LOCALI
FARMACIE¹**

(R.D. 1265/1934, L. n. 475/1968, L. n.
36/1991, L.R. n. 16/2000)

Versione del Luglio 2014

Il sottoscritto: Cognome _____ Nome _____

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

Cittadinanza italiana ovvero _____

Codice Fiscale

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

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

Via/P.zza _____ n. _____

In qualità di

Titolare **Legale rappresentante** _____

della

Farmacia Privata

Farmacia Comunale

sita in _____, Via/Piazza _____ n. _____

CAP _____ Tel. _____ Fax _____

E-mail _____@_____

Sede farmaceutica n. _____ della pianta organica del Comune di _____

C.Fisc

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

P.IVA

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

denominazione o ragione sociale _____

con sede legale ovvero [] amministrativa nel Comune di _____ (Prov.

_____) Via/P.zza _____ n. _____

CAP _____

¹ Ai sensi della legge 2 aprile 1968, n. 475, art. 1 comma 5, così come modificata dalla L. 362/91, la domanda di **trasferimento di farmacia in altro locale nell'ambito della sede di pertinenza**, deve essere pubblicata per quindici giorni consecutivi nell'albo dell'unità sanitaria locale e in quello del comune ove ha sede la farmacia.

Iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di _____ al n. _____
Iscrizione al Tribunale di _____ al n. _____ (se prevista)

CHIEDE

Ai sensi della L.R. 16/2000 e successive modifiche ed integrazioni, l'attivazione dei procedimenti amministrativi, diretti all'ottenimento dell'atto di

AUTORIZZAZIONE

a:

TRASFERIMENTO DEI LOCALI NELL'AMBITO DELLA SEDE DI PERTINENZA²

della Farmacia suddetta nei locali posti nel Comune di _____ in Via/piazza _____
_____ n. _____, che occupano una superficie totale di mq _____

AMPLIAMENTO DI SUPERFICIE

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

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

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

- che i locali rispettano le distanze previste dalla normativa dalla più vicina farmacia (*m 200 misurati per la via pedonale più breve*);
- 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. n.1265/1934 e a tal fine fa presente che i lavori termineranno indicativamente il _____

² In caso di trasferimento dei locali, copia della presente domanda, compilata in ogni sua parte e senza gli allegati, deve essere presentata all'Azienda Sanitaria - Sede legale: P.zza Santa Maria Nuova, 1- e al Comune territorialmente competente, per l'affissione ai relativi albi, ai sensi della legge 2 aprile 1968, n. 475, art. 1 comma 5, così come modificata dalla L. 362/91

ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

1. **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*
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. **Referto di affissione** dell'istanza **all'Albo Pretorio del Comune e all'Albo dell'Azienda Sanitaria Firenze** (*solo in caso di trasferimento locali all'interno della sede di pertinenza*)
 eventuali altri allegati _____
6. 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 invia.....
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**

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
