

prov. 60406
tel 19/8/22

Apporre
marca da
bollo



COMUNE DI VAGLIA

città metropolitana di FIRENZE

Piazza Corsini n° 3

50036 VAGLIA -FI

comune.vaglia@postacert.toscana.it

**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)

Il sottoscritto: Cognome GIOVANNINI Nome ANTONIO
Data di nascita 31 / 07 / 1970 Luogo di nascita TERNI (Prov. TR)
Cittadinanza italiana ovvero ITALIANA

Codice Fiscale

G V N N T N 7 0 L 3 1 L 1 1 7 T

Residenza: Comune di TERNI CAP 05100 (Prov. TR)

Via/P.zza VIA MENTANA n. 54

In qualità di

Titolare Legale rappresentante

della

Farmacia Privata

Farmacia Comunale

sita in VAGLIA, Via/Piazza VIA BOLOGNESE n. 1392

CAP 50036 Tel. 3939584173 Fax _____

E-mail giovantonio.tr3@gmail.com

Sede farmaceutica n. 1 della pianta organica del Comune di VAGLIA

C.Fisc 01314720556

P.IVA 01314720556

denominazione o ragione sociale DIDASKO COOP SOCIALE

con sede legale ovvero amministrativa nel Comune di TERNI (Prov.

TR) Via/P.zza VIA CRISTOFORO COLOMBO n. 21/D

CAP 05100

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 all'Albo delle Società Cooperative al n. A155075 del 31/03/2015 e all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali Regione Umbria alla Sezione A al n. 63 (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 VAGLIA in Via/piazza VIA BOLOGNESE n. 1392 che occupano una superficie totale di mq 105

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 1:100) 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. **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 _____
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.