

Prot. ASI 7330 del
01.02.2023

questo modello, parte integrante della domanda on-line a cui si riferisce, non può essere inviato separatamente tramite email o pec

Il sottoscritto, **INGROSSO NICOLA** i cui dati personali completi oltre che quelli relativi alla localizzazione dell'intervento sono forniti nella sezione "anagrafica", parte integrante della presente richiesta, consapevole che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e che, se dal controllo effettuato, emergerà la non veridicità del contenuto di quanto dichiarato, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (Art. 75 e 76 dpr 28.12.2000 n. 445) chiede il rilascio della

**AUTORIZZAZIONE PER TRASFERIMENTO
FARMACIA E COMMERCIO AL DETTAGLIO DI MEDICINALI**

(R.D. 1265/1934; L. 475/1968; L.362/1991; L.R. 16/2000; D.L. 1/2012)

A TAL FINE DICHIARA

che l'attività oggetto della presente dichiarazione è stata trasferita:			
DA	via/p.za VIA ROMA	n. 39	Piano/scala/interno T
A	via/p.za VIA ROMA	n. 41-43-45	Piano/scala/interno T
Dati catastali : Categoria C/1 Classe 6 Foglio 40 Numero 142 Subalterno 1			
Destinazione d'uso: COMMERCIALE		Destinazione urbanistica dell'area CENTRI E NUCLEI STORICI	
Detenuto a titolo di: <input type="radio"/> Proprietà <input checked="" type="radio"/> Affitto <input type="radio"/> Altro (specificare)			

Sede farmaceutica n. _____
inserita in un centro commerciale <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI denominato _____
posto in via/p.za _____ n. _____

DICHIARA INOLTRE

- che i locali, le installazioni e le attrezzature sono idonei e sufficienti a garantire una buona conservazione ed una buona distribuzione dei Medicinali Materie prime farmacologicamente attive
- che la superficie della farmacia è pari a mq 95
- che i locali della farmacia sono situati ad una distanza dagli altri esercizi non inferiore a 200 m
- che la farmacia, oggetto della richiesta di autorizzazione è in possesso dei requisiti previsti dalle specifiche norme nazionali, regionali e locali in materia di caratteristiche ambientali, agibilità, accessibilità etc.
- di aver rispettato i requisiti igienico sanitari previsti dalla normativa vigente con particolare riferimento a quanto previsto dal Decreto Dirigenziale della regione Toscana 7225 del 18/12/2002 allegato B) "indirizzi tecnici di igiene edilizia per i locali e gli ambienti di lavoro"
- che il locale (o zona) destinata all'allestimento delle preparazioni galeniche è conforme alle "Norme di Buona Preparazione" (NBP) della Farmacopea XII ed e ss.mm. al DM 18/11/2003
- che provvederà a concordare con l'Azienda USL l'ispezione preventiva di cui all'art. 111 R.D. 1265 del 1934 e la verifica igienico sanitaria dei locali e a tal fine fa presente che i lavori termineranno indicativamente il 20/02/2023
- che provvederà a concordare con l'Azienda USL l'ispezione preventiva di cui all'art. 111 R.D. 1265 del 1934 per verificare la presenza dei farmaci obbligatori di cui alla Tabella 2 FU XII ed e ss.mm
- 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 (pratiche in materia edilizia, sicurezza dei luoghi di lavoro, prevenzione incendi, etc)
- di garantire il rispetto della normativa vigente sulle farmacie

Dichiara i seguenti requisiti personali

- di essere iscritto all'Albo professionale della provincia di FIRENZE
- di aver conseguito l'idoneità al diritto di esercizio della farmacia ai sensi degli artt. 7 e 13 della L. 362/1991 art. 12, della L. 475/1968 e della L. 892/1984 ss.mm.ii;
- di non incorrere in aspetti di incompatibilità nella gestione societaria ai sensi dell'art. 8 della L. 362/1991 e dell'art. 13 della L. 475/1968 e L. 892/1984 e ss.mm.ii

Imposta di bollo

- Dichiaro di aver ottemperato al pagamento dell'imposta di bollo per la presente istanza, il cui originale viene da me conservato e annullato, mediante:
 - contrassegno telematico n. 01201153512076 del 17/01/2023
 - versamento con modello F23 del _____