

SUAP

1	ESTREMI DI ISCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE
	Modalità di inoltro via telematica
	Al SUAP del Comune di PISTOIA
	(°) NUMERO ASSEGNATO ALLA PRATICA

(°) a cura del Comune

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE per

**TRASFERIMENTO-AMPLIAMENTO/RIDUZIONE/MODIFICA LOCALI FARMACIA
nell'ambito della sede di pertinenza**

Il sottoscritto, 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 L'AUTORIZZAZIONE RELATIVAMENTE A:

	Codice	Nome attività	Oggetto
0		FARMACIA PRIVATA COMUNALE	TRASFERIMENTO SEDE AMPLIAMENTO RIDUZIONE MODIFICA INTERNA/DESTINAZIONI USO -----

ED A TAL FINE DICHIARA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445 QUANTO SEGUE:

A1	DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE				
	Cognome ROMANO		Nome ALESSANDRA		
	Nato a AGRIGENTO		Prov. AG	il 05/03/1971	
	Residente in PISTOIA		Prov. PT	CAP 51 1 0 0	
	Via/piazza DONATORI DEL SANGUE		n. 35		
	Tel. 348/7071723		Fax	Cod. fisc. RMNLSN71C45A089Q	
Indirizzo email farmaciadicireglio@gmail.com					
A2	IN QUALITA' DI				
	Titolare della impresa individuale <input checked="" type="checkbox"/>		Legale rappresentante -----		
A3	DELLA FARMACIA DI CIREGLIO				
	Forma giuridica * DITTA INDIVIDUALE		Denomin.** FARMACIA DI CIREGLIO		
	Sede amministrativa nel Comune di PISTOIA		Prov. PISTOIA		
	Sede legale nel Comune di *** PISTOIA		Prov. PT		
	Via/piaz. VIA MODENESE		N. civico 595	CAP 51 1 0 0	
	Iscritta al Registro delle Imprese della CCIAA di PISTOIA		N. iscrizione registro 175351		
	Iscritta al Tribunale di		N. iscrizione		
	Partita IVA 01740620479		Codice Fiscale RMNLSN71C45A089Q		
	In possesso dell'Autorizzazione alla titolarità della FARMACIA SEDE FARMACEUTICA N. 22 del comune di PISTOIA				
	rilasciata da (REGIONE/COMUNE/SUAP) : con ATTO n 20397 del 05/04/2011				
	<input checked="" type="checkbox"/> che la Direzione della farmacia è attualmente affidata al dr.				
	Cognome/nome ROMANO ALESSANDRA cod fisc. RMNLSN71C45A089Q				
	Nato a AGRIGENTO il 05/03/1971				
Residente a PISTOIA VIA DONATORI DEL SANGUE, 35					
<small>Note: * SNC, SAS, SRL, etc.; ** inserire la denominazione per esteso della società (ditta) richiedente con quale l'impresa svolge la propria attività; *** In caso di impresa individuale compilare se l'indirizzo della sede è diverso dalla residenza indicata nel quadro A1</small>					

B	INDIRIZZI A CUI FAR PERVENIRE LE COMUNICAZIONI				
	Via MODENESE, 595		Comune PISTOIA	Prov. PT	CAP 51 1 0 0
	Email farmaciadicireglio@gmail.com		Telef 0573/39030	Cellulare 348/7071723	Fax
	Indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC) 07630@pec.federfarma.it				

C	TIPOLOGIA DI INTERVENTO PER CUI SI RICHIEDE AUTORIZZAZIONE (BARRARE LA CASISTICA INTERESSATA E COMPILARE LE APPOSITE SEZIONI)
	<p>TRASFERIMENTO LOCALI DELLA FARMACIA</p> <p>DA: Via <u>MODENESE</u> n. civico/i <u>595</u> Comune <u>PISTOIA</u> Prov. <u>PT</u> CAP <u>51 1 0 0</u></p> <p>C1 Sede e locali attualmente autorizzati con AUT. UNICA rilasciata da <u>SUAP</u> del <u>05/04/2011</u> (annotare autorizzazione locali in corso di validità)</p> <p>A: Via <u>MODENESE</u> n. civico/i <u>564/A</u> Comune <u>PISTOIA</u> Prov. <u>PT</u> CAP <u>51100</u></p>
	<p>AMPLIAMENTO LOCALI DELLA FARMACIA RIDUZIONE LOCALI DELLA FARMACIA (1) MODIFICA INTERNA /DESTINAZIONI D'USO LOCALI DELLA FARMACIA (2)</p> <p>Ubicata Via _____ n. civico/i _____ Comune _____ Prov. _____ CAP _____</p> <p>Da mq _____ a mq _____</p> <p>Con acquisizione del numero civico/i n. _____ Via _____ , Con cessione del numero civico/i n. _____ Via _____ ,</p> <p>Sede e locali attualmente autorizzati con AUT. UNICA rilasciata da _____ del _____ a _____ C2 seguito di Parere Igienico sanitario favorevole rilasciato da _____ prot _____ del _____ (indicare le autorizzazione locali in corso di validità)</p> <p>(1) in caso di riduzione locali dichiara che gli spazi della farmacia, sottratti all'espletamento dell'attività farmaceutica rispetto alla autorizzazione in corso di validità, saranno destinati a: _____ _____</p> <p>senza che ciò rechi intralcio, impedimento o interferisca negativamente nello svolgimento dell'attività farmaceutica medesima.</p> <p>2) in caso di modifica interna /destinazioni d'uso dei locali rispetto all'autorizzazione igienico sanitaria in corso di validità dichiara che le modifiche rientrano nell'ambito dell'espletamento di attività farmaceutica e riguardano: _____ _____</p>
	<p>Per tutti i casi <input checked="" type="checkbox"/> così come meglio rappresentato dalla relazione tecnica descrittiva e planimetria allegate</p>

D1	DATI RIFERITI AL FABBRICATO/UNITA' IMMOBILIARE/TERRENO/ IN CUI SI SVOLGERA' L'ATTIVITA'				
	Indirizzo Via/P.za <u>MODENESE</u>		Civico <u>564/A</u>	Piano/scala/interno <u>PT</u>	
	Comune <u>PISTOIA</u>		Prov. <u>PT</u>	CAP <u>51 1 0 0</u>	
	Altri eventuali ingressi del locale (specificare n. ingressi e n. civici se presenti)				
	Eventuale denominazione dell'insegna di esercizio <u>FARMACIA DI CIREGLIO</u>				
	Dati catasto: Categ. <u>C/1</u>	Classe <u>7</u>	Foglio <u>68</u>	Numero <u>216</u>	Sub. <u>13</u>
	Destinazione d'uso <u>COMMERCIALE</u>		Dest. urbanistica di zona <u>TESSUTI ED AGREGATI SISOLATI TS4 BORGHI DI COLLINA E MONTAGNA ART.34</u>		
	Detenuto a titolo di <input type="checkbox"/> Proprietà <input checked="" type="checkbox"/> Affitto* <input type="checkbox"/> Altro*		*Indicare i dati del proprietario dell'immobile <u>MORI PATRIZIA, ZAVAGNIN IVANA, RIELLI ENRICO</u>		

RIEPILOGO DEI REQUISITI DEL FABBRICATO/UNITA' IMMOBILIARE/TERRENO E DEGLI IMPIANTI - DICHIARAZIONI			
<input checked="" type="checkbox"/> che il fabbricato/unità immobiliare/terreno in cui si svolgerà l'attività, e gli impianti che saranno utilizzati, sono in regola con le vigenti norme in materia igienico-sanitaria, edilizia, urbanistica, sicurezza, agibilità, destinazione d'uso dei locali, prevenzione incendi e sono conformi alle normative di settore inerenti allo svolgimento dell'attività.			
<input checked="" type="checkbox"/> che il fabbricato e/o l'unità immobiliare utilizzato per l'attività è agibile. Indicare i dati di riferimento. (Es. data di deposito, numero di protocollo, ecc.) N.59/1992 CON PROT.38130/1992 DEL 19/09/1992 RILASCIATA IL 23/09/92			
<input type="checkbox"/> che la superficie complessiva in cui si svolgerà l'attività è di mq (specificare): MQ.82,04			
D2 di essere già in possesso delle seguenti autorizzazioni, nulla osta, permessi, ecc. (inserire quelli riferiti al fabbricato /unità immobiliare/terreni etc):			
Tipologia atto	Ente che lo ha rilasciato	Num. atto	Note

D3 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'			
Il sottoscritto dichiara, per la Farmacia oggetto di tale domanda :			
Sede Farmaceutica n. 22		Comune di PISTOIA	
Inserito in un centro commerciale <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Denominato :			
<input type="checkbox"/> aut locali in corso N.	Data rilascio	Rilasciato da	<input type="checkbox"/> trasferimento in via di autorizzazione
Nel locale viene svolta altra attività: <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI = Specificare :			
<input checked="" type="checkbox"/> che i locali in cui si svolgerà l'attività sono situati nell'ambito della pianta organica/zona individuata dal Comune con Delibera recepita dal (estremi atto) di n. 64 Regione Toscana del 2 febbraio 2009			
<input checked="" type="checkbox"/> che i locali sono situati ad una distanza non inferiore a 200 metri da quelli di altre farmacie. La distanza è misurata per la via pedonale più breve tra soglia e soglia delle farmacie.			
<input checked="" type="checkbox"/> che l'attività verrà svolta nel rispetto dell'articolazione interna dei singoli locali/spazi con specificazione sull'utilizzo degli stessi (magazzino, area vendita, zona laboratorio etc), come risultante da relazione e planimetria allegata;			
<input checked="" type="checkbox"/> che la farmacia (nuovi locali), oggetto della richiesta di autorizzazione, è in possesso dei requisiti previsti dalle specifiche norme nazionali, regionali, locali in materia di caratteristiche ambientali, agibilità, accessibilità; ecc.;			
D3 <input checked="" type="checkbox"/> di aver rispettato i requisiti igienico sanitari previsti dalla normativa vigente con particolare riferimento a quanto previsto Decreto Dirigenziale della Regione Toscana n. 7225 del 18/12/2002 Allegato B "Indirizzi tecnici di igiene edilizia per i locali e gli ambienti di lavoro";			
<input checked="" type="checkbox"/> che i locali sono dotati di sistema impiantistico ambientale che assicura la corretta conservazione dei medicinali e materie prime a temperatura costante (24h/24h) T =< 25 °C e che viene assicurata una % di umidità ottimale (intorno a 50%)			
<input checked="" type="checkbox"/> che esiste una modalità di rilevazione delle temperature ambientali e relativo sistema di allarme in caso di scostamento significativo della temperatura sopra 25°C, ovvero il sistema impiantistico ambientale consente, in caso di superamento delle temperature previste, di intervenire prontamente per la verifica ed il ripristino.			
<input checked="" type="checkbox"/> i frigoriferi sono dedicati ed idonei alla conservazione di medicinali e consentono il mantenimento in continuo 24h/24h a temperature controllate così come risulta dall'allegato alla presente istanza e facente parte integrale della stessa " Dichiarazione attività galenica "			
<input checked="" type="checkbox"/> 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. o al DM 18/11/2003 o NBP semplificate; a tal fine allega l' apposita " Dichiarazione attività galenica " per l'inquadramento dei requisiti previsti dalle NBP			
<input checked="" type="checkbox"/> di garantire il rispetto della normativa vigente sulle Farmacie			
<input checked="" type="checkbox"/> di concordare con l'Azienda Sanitaria l'ispezione di cui all'art. 111 del R.D. 1265 del 1934, al cui esito positivo è subordinato l'avvio dell'attività e a tal fine fa presente che i lavori termineranno indicativamente il			
<input checked="" type="checkbox"/> 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			

E	REFERENTI DELL'INTERESSATO		
	Il sottoscritto dichiara di essersi avvalso delle prestazioni di: STUDIO DI ARCHITETTURA ARCH. AGIDDI DANIEL DAIEBI		
	tecnico incaricato	società di tecnici incaricati, rappresentata da:	
	Cognome AGIDDI	Nome DANIEL DAIEBI	
	Cittadinanza ITALIANA	C. F. GDDDL60C22Z335G	
	Data di nascita 22/ 03/ 1 9 6 0	Luogo di nascita PORT -HARCOURT NIGERIA	
	Studio nel: Comune di PISTOIA	CAP 51 1 0 0	
	Via/p.zza CORSO GRAMSCI	n. 6	
	Tel 0573/358214	Cell. 335/6883989	
	Fax	e-mail (con firma digitale) danieldaiebi.agiddi@archiworldpec.it	
Nr. Iscriz. 261	All'ordine professionale degli ARCHITETTI	Della Prov. di PISTOIA	
Eventuale e ulteriore abilitazione specifica:			

F	REQUISITI PERSONALI del RICHIEDENTE		
F	REQUISITI DI ONORABILITA'		
	di essere in possesso dei requisiti morali previsti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'attività;		
	che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza o sospensione previste dal D.Lgs 6 settembre 2011 n. 159 (Codice delle leggi antimafia).		
Trattandosi di società od organismi collettivi di cui art. 2 comma 3 del D.P.R. 03.06.1998, n. 252 si allega alla presente N.			
DICHIARAZIONI COMPILATE di cui all'allegato 1.			
E	Solo PER LE FARMACIE COMUNALI E /O ASSEGNATE IN GESTIONE ASSOCIATA		
	Il sottoscritto dichiara		
	Che la Direzione della farmacia è attualmente affidata al/lla dott./dr.ssa:		
	Cognome	Nome	
	Cittadinanza	C. F.	
	Data di nascita	Luogo di nascita	
	Studio nel: Comune di	CAP	
	Via/p.zza	n.	
	Tel	Cell.	
	Fax	e-mail (con firma digitale)	
Nr. Iscriz.	All'ordine professionale degli	Della Prov. di	

F	COMPILARE SOLO IN CASO DI CITTADINO STRANIERO NON COMUNITARIO			
	di essere in possesso di permesso di soggiorno per *		di essere in possesso di carta di soggiorno per *	
	N.	Rilasciato da	Il	Valida fino al
* Specificare il motivo del rilascio				

G	TRATTAMENTO DATI PERSONALI		
	di essere informato ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 : - di dover obbligatoriamente conferire i propri dati personali compilando il presente modulo; - che gli stessi dati saranno trattati dal Comune, quale Titolare, quale Responsabile, in modo cartaceo e telematico, per le sole finalità istituzionali inerenti il rilascio del provvedimento unico finale; - che il Comune potrà, ai sensi della vigente normativa, comunicare i suddetti dati a tutti gli Enti che dovranno intervenire nel procedimento, nonché diffondere gli stessi mediante programmi informatici; - di poter conoscere, ai sensi dell'art. 7, l'esistenza dei propri dati personali, di poterli aggiornare, rettificare od integrare qualora fosse necessario, nonché di richiederne la cancellazione quando trattati in violazione di legge		

Data e luogo

L'interessato deve firmare* il presente modello
L'interessato

PISTOIA 12/05/2025

* Per la **trasmissione telematica con firma digitale** non è necessario l'allegato del documento di riconoscimento

ISTRUZIONI ED ALLEGATI ALL'ISTANZA

- ACCERTARE, prima della sottoscrizione del presente documento, di essere a conoscenza ed in possesso dei requisiti previsti dalla vigente normativa.
- *Allegare fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento (in corso di validità). Per la trasmissione telematica con firma digitale del richiedente non è necessario l'allegato del documento di riconoscimento.*
- Consultare l'ufficio SUAP per ogni dubbio o richiesta di chiarimento. La sottoscrizione in assenza dei requisiti costituisce reato ed è penalmente perseguita quale falsa dichiarazione in atti.

Allegati da presentare

1. **Relazione tecnica descrittiva dei locali, delle attività e delle attrezzature (*)**.
2. **Relazione professionale del farmacista titolare/direttore (**)**
3. **Planimetria in scala adeguata (di norma 1:50) dei nuovi locali, compresi quelli eventualmente separati dalla farmacia e adibiti a deposito, magazzino, laboratorio etc, con indicazione delle destinazioni d'uso e aree di lavoro, dello schema posizionamento delle attrezzature e degli arredi e tipologie di prodotti (*)**.
4. **Nel caso di ampliamento/riduzione/modifiche locali e destinazioni d'uso anche la planimetria illustrativa dello stato attuale corrispondente all'autorizzazione igienico sanitaria in corso di validità (con rif AUT Unica SUAP)**.
5. **Modulo dichiarazione attività galenica per inquadramento requisiti locali ed attrezzature in base alle NBP (secondo disposizioni ASL)**
6. **In caso di cittadino extracomunitario allegare copia della carta/permesso di soggiorno in corso di validità.**
7. **Copia avvenuto pagamento diritti Suap (nei comuni dove previsti).**
8. **Altre eventuali dichiarazioni richieste dal Comune a seconda dei casi o che l'interessato intende fornire nel proprio interesse.**

(*) INDICARE CON PRECISIONE nelle planimetrie e nella relazione tecnica le informazioni utili sulle caratteristiche dei locali, superfici, altezze, rapporti aeroilluminanti e destinazioni d'uso in base alle attività che possono essere svolte in farmacia, le zone di lavoro e di stoccaggio dei medicinali (*Etici, OTC, SOP, Vet, ASL, materie prime, O2, veleni, stupefacenti etc*) e delle altre tipologie di prodotti non medicinali (macroclassificazioni), spazi dedicati al confinamento degli scaduti/inesitabili separati per tipologie, sistema di controllo delle temperature ambientali (obbligo T <-25 °C 24/24h) e dei frigoriferi (2-8 °C 24/24h) , procedure di autocontrollo etc.

(**) Relazione sulla ORGANIZZAZIONE in tale sede del SERVIZIO FARMACEUTICO, compreso procedure adottate per il controllo delle corrette condizioni di conservazione medicinali, delle pulizie degli ambienti e del laboratorio galenico, degli scaduti etc

N.B.

In caso di TRASFERIMENTO LOCALI in altra sede (art 1 c5 L.475/68)

1) LA DOMANDA VIENE AFFISSA ALL'ALBO PRETORIO DEL COMUNE per 15 giorni consecutivi 2) IL COMUNE (SUAP) INOLTRE UNITAMENTE ALLA PRESENTE RICHIESTA ALLA ASL PER L'AFFISSIONE ALL'ALBO PRETORIO DELLA ASL per 15 giorni consecutivi

IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE E' SUBORDINATO AL PARERE IGIENICO SANITARIO FAVOREVOLE ASL L'AVVIO/SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA', IN TUTTI I CASI DI TRASFERIMENTO, AMPLIAMENTO/RIDUZIONE, MODIFICA DEI LOCALI DELLA FARMACIA E' SUBORDINATO ALL'ESITO POSITIVO DELL'ISPEZIONE DELLA ASL AI SENSI DELL'ART. 111 del R.D. 1265/34. L'ISPEZIONE DOVRA' ESSERE CONCORDATA E RICHIESTA ALLA ASL, A CURA DELL'INTERESSATO, DOPO LA NOTIFICA DEL PROVVEDIMENTO DI AUTORIZZAZIONE.

1	Primo dichiarante			
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza			n.
	Codice fiscale (16 caratteri)			
	Cittadinanza Italiana altra (specificare) ¹			
	¹ Compilare le righe seguenti in caso di cittadino straniero non comunitario			
	di essere in possesso di permesso di soggiorno per *		di essere in possesso di carta di soggiorno per *	
	N	Rilasciato da	il	Valida fino al
* Specificare il motivo del rilascio				
2	Secondo dichiarante			
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza			n.
	Codice fiscale (16 caratteri)			
	Cittadinanza Italiana (specificare) ¹			
	¹ Compilare le righe seguenti in caso di cittadino straniero non comunitario			
	di essere in possesso di permesso di soggiorno per *		di essere in possesso di carta di soggiorno per *	
	N	Rilasciato da	il	Valida fino al
* Specificare il motivo del rilascio				
3	Terzo dichiarante			
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza			n.
	Codice fiscale (16 caratteri)			
	Cittadinanza Italiana (specificare) ¹			
	¹ Compilare le righe seguenti in caso di cittadino straniero non comunitario			
	di essere in possesso di permesso di soggiorno per *		di essere in possesso di carta di soggiorno per *	
	N	Rilasciato da	il	Valido fino al
* Specificare il motivo del rilascio				

DICHIARANO

AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445 consapevole/i 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/anno dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera:

- di essere in possesso dei requisiti morali previsti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'attività;
- che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 10 della l. 31/05/1965 n. 575 (normativa antimafia).

di essere informati ai sensi del **D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196**:

- di dover obbligatoriamente conferire i propri dati personali compilando il presente modulo; che gli stessi dati saranno trattati dal Comune, quale Titolare, nonché dal Dirigente dello SUAP, quale Responsabile, in modo cartaceo e telematico, per le sole finalità istituzionali inerenti il rilascio del provvedimento unico finale; che il Comune potrà, ai sensi della vigente normativa, comunicare i suddetti dati a tutti gli Enti che dovranno intervenire nel procedimento, nonché diffondere gli stessi mediante programmi informatici; di poter conoscere, ai sensi dell'art. 7, l'esistenza dei propri dati personali, di poterli aggiornare, rettificare od integrare qualora fosse necessario, nonché di richiederne la cancellazione quando trattati in violazione di legge;

Firma* del primo dichiarante

Firma* del secondo dichiarante

Firma* del terzo dichiarante

Data

* Allegare fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento (in corso di validità), altrimenti la firma va apposta in presenza del dipendente addetto a ricevere la pratica. In caso di cittadino extracomunitario allegare copia della carta/permesso di soggiorno in corso di validità.