

bollo assolto in modalità virtuale	ALLO S PORTELLO U NICO DELLE A TTIVITÀ P RODUTTIVE DEL COMUNE DI FIRENZE
	L.R. 16/00 - FARMACIE TRASFERIMENTO LOCALI FARMACIA¹ NELL'AMBITO DELLA SEDE DI PERTINENZA

Il/la sottoscritto/a **MERCATI Massimo**
nato/a a **CITTA DI CASTELLO** (PG.....) il **17** / **05** / **1971**
residente a **Sansepolcro** (...AR.....)
via/piazza **Via Fantoni** n° **11** CAP **52037**
codice fiscale **MRC MSM 71E17 C745B** recapito telefonico **055.232311**
In qualità di [...] Titolare ☒ Legale rappresentante [...]
della Farmacia [...] Privata ☒ Comunale
posta in FIRENZE, Via/Piazza **Via Dei RENAI** n. **9/r**
CAP Tel. Fax
E-mail **segreteria@afam.it**
Posta elettronica certificata (obbligatoria) **firenze@assofarm.postacert.it**
Sede farmaceutica n. ⁹⁵ della pianta organica del Comune di FIRENZE

C.F. [0.][2.][1.][8.][2.][3.][4.][0.][4.][8.][5.][...][...][...][...]
P.IVA [0.][2.][1.][8.][2.][3.][4.][0.][4.][8.][5.]
denominazione o ragione sociale **Farmacie Fiorentine A.F.A.M. S.p.A.**
con sede legale in **FIRENZE** Via/piazza **VIA DEL GELSOMINO** n. **25**
Ai sensi della L.R. 16/2000 e successive modifiche ed integrazioni,

CHIEDE

RILASCIO AUTORIZZAZIONE AL TRASFERIMENTO DEI LOCALI NELL'AMBITO DELLA SEDE DI PERTINENZA²

della Farmacia suddetta nei locali posti in Via/piazza **Via Dei RENAI** n. **17 R**,
che occupano una superficie totale di mq **112** assicurando il rispetto delle distanze dal più vicino
esercizio similare (*non inferiore a mt. 200 per la via pedonale più breve*);

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.

² 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 di Firenze – Ufficio Albo Pretorio: Palazzo Vecchio, 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

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 e la decadenza dai benefici conseguenti

DICHIARA

1. che i locali rispettano le distanze previste dalla normativa dalla più vicina farmacia (*m 200 misurati per la via pedonale più breve*);
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 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 **1 dicembre 2025**

Il sottoscritto **dichiara** altresì, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196, di essere informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

1. **planimetria generale**, firmata dal tecnico compilatore e dal richiedente, idonea ad identificare la localizzazione del presidio, il lotto di pertinenza, il volume edificato e la disponibilità di aree a parcheggio;
2. **planimetria dei locali in scala 1:100**, timbrata, datata e sottoscritta dal tecnico compilatore e dal richiedente, idonea ad identificare l'articolazione interna dei singoli locali/spazi con destinazione d'uso, 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 posizionamento delle attrezzature e arredi*
3. **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 aeroilluminanti ecc...)**
4. **Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà** per i dati relativi all'immobile (vedi **Allegato 1**)
5. **Attestazione del versamento di € 400,00, maggiorato della vigente imposta di bollo:**
 - mediante bonifico bancario sul conto corrente **IBAN IT75I0306902887100000300015** intestato a COMUNE DI FIRENZE - PALAZZO VECCHIO, specificando nella causale "L.R. 16/2000 -rilascio autorizzazione per – diritti istruttoria"
 - oppure tramite il sistema pagamenti on line del Comune di Firenze;
6. **Referto di affissione** dell'istanza **all'Albo Pretorio del Comune e all'Albo dell'Azienda Sanitaria Firenze**
7. [...] altra documentazione tecnica di cui alla nota ASL (vedi **Allegato 2**)

..... FIRENZE || 14.10.2025

Firma del titolare o legale rappresentante

Massimo MERCATI

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.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

Il/la sottoscritto/a **Massimo MERCATI**.....codice fiscale**MRC MSM 71E17 C745B**.....

[...] titolare ☒ legale rappresentante della Farmacia**FARMACIA COMUNALE N.7**.....

ai sensi dell' art. 47 del DPR n. 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

1. Che la farmacia oggetto della presente dichiarazione è ubicata in via
VIA DEI RENAI nn. *(indicare tutti i numeri civici della struttura)* **17 R**
 interno piano **T**..... ed è contraddistinta al NCEU dai seguenti dati catastali: Foglio di mappa
174 particella/e **39** sub. **1**.....

Che, per tutti i subalterni della unità immobiliare di cui ai dati catastali sopra riportati (*contrassegnare una tra le seguenti tre opzioni*):

[...] è stata rilasciata la certificazione di agibilità/abitabilità dei locali n. del

[...] è stata inviata la certificazione di agibilità/abitabilità dei locali stessi, resa ai sensi del vigente Regolamento Urbanistico del Comune di Firenze, alla Direzione Urbanistica in data a nome di e che tale certificazione è stata ricevuta alla Direzione Urbanistica in data protocollo

[...] è stata inviata la Perizia Giurata attestante l'agibilità /abitabilità dei locali stessi, resa ai sensi dell'art. 97 del Regolamento Edilizio del Comune di Firenze ("Certificazione per gli immobili di vecchia costruzione"), alla Direzione Urbanistica in data, a nome di e che tale perizia è stata ricevuta alla Direzione Urbanistica in data protocollo

3. [...] L'unità immobiliare è stata realizzata conformemente ai seguenti atti abilitativi:

concessione edilizia	nr.	del
Licenza edilizia	nr.	del
Permesso a costruire	nr.	del

oppure

☒ L'unità immobiliare è stata realizzata anteriormente all'anno 1942, non in base a licenza edilizia;

Eventuali precisazioni: **trattasi di fabbricato del centro storico di Firenze di vecchissima realizzazione**

4. [...] L'unità immobiliare, successivamente alla sua realizzazione, non è stata oggetto di alcun intervento edilizio;

oppure

[...] L'unità immobiliare è stata 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 – Concessione a sanatoria	nr.	del
Altro (specificare)	nr.	del.....

[x.] E' attualmente sottoposta a intervento edilizio come meglio indicato nel procedimento di rilascio di concessione, autorizzazione, DIA o altro atto di assenso sotto indicato:

tipo di atto **CILA** nr. **02182340485-1410** del **14.10.2025**;
2025-1903
tipo di atto nr. del;
tipo di atto nr. del

6. L'unità immobiliare, secondo il vigente strumento urbanistico, ricade in:

Zona Omogenea **.A....** (art. **.65..** NTA) Sottozona/Classe **.A1....** (art. **.64..** NTA)

7. Che i suddetti locali hanno destinazione d'uso ... **Commerciale**

8. che l'unità immobiliare è conforme alla normativa antisismica vigente ed in particolare che su di essa:

[...] sono stati eseguiti interventi strutturali e pertanto è stata depositata la relativa pratica presso l'Ufficio del Genio Civile di Firenze in data e che a tale pratica è stato assegnato il n. di protocollo,

oppure

[X.] non sono stati eseguiti interventi strutturali che hanno comportato il deposito di pratiche presso l'Ufficio del Genio Civile di Firenze.

Eventuali osservazioni

Data... **14.10.2025**

Il Dichiarante

Massimo MERCATI

Firma come da normativa di riferimento



ELENCO DOCUMENTAZIONE TECNICA (timbrata e firmata da professionista abilitato):

1) Planimetria/e scala 1:100 (stato attuale e di progetto) con riportate per i singoli locali:

- destinazione di uso;
- quote planimetriche e altimetriche;
- quote delle aperture finestrate;
- superficie utile, altezza, superficie aero-illuminante;
- rapporti aero-illuminanti.

2) Eventuali sezioni debitamente quotate in scala 1:100 (stato di progetto).

3) Planimetria/indicazione dell'impianto di smaltimento acque reflue, con allacciamenti e posizionamento delle fosse biologiche e dei pozzetti sgrassatori e modalità di allacciamento al corpo riceettore (può essere indicato anche all'interno della planimetria di cui al punto 1).

4) Relazione tecnico-descrittiva del tipo di intervento proposto, comprendente:

- descrizione del ciclo produttivo;
- numero di addetti previsti nell'attività;
- indicazione su impianti meccanici, elettrici e di illuminazione e rispetto delle relative norme tecniche;
- rispetto della normativa sui requisiti acustici degli edifici (verso l'interno e verso l'esterno);
- qualora il parere tecnico riguardi anche aperture finestrate prospicienti cortili o chiostrine, oltre alle dimensioni di detti spazi, dovranno essere prodotte le sezioni quotate dell'edificio oggetto della richiesta di parere preventivo e degli edifici limitrofi (indicare le altezze dell'edificio e degli edifici limitrofi) che si affacciano sugli stessi/e;
- posizione dei locali rispetto al terreno (locali interrati e/o seminterrati), ove presenti. In tal caso, almeno una sezione (di cui al punto 2) deve passare per detti locali, interessando le zone finestrate (ove presenti).

5) requisiti impiantistici per Farmacie

- T = 20 - 26 .C
- U% 50%:f:5%
- ricambi aria pari a 2 v/h
- classe dei filtri 3 - 4 (80 - 90%)

5) requisiti impiantistici per magazzini e depositi

- T = 20 - 26 .C
- U% 50%:f:5%

Si ricorda che il laboratorio della farmacia, e più in generale tutta l'attività di allestimento dei medicinali in farmacia, deve essere rispondente alle caratteristiche previste dalle Norme di Buona Preparazione dei Medicinali in Farmacia della FU vigente.

RICHIESTA DI VISITA PREVENTIVA

☒ **Farmacia**

☐ **Deposito medicinali**

Inviare via fax al servizio farmaceutico

ASL **FIRENZE**

FAX

Il sottoscritto Cognome **MERCATI** Nome **Massimo**

Codice Fiscale .. **MRC MSM 71E17.C745B**

Immobile sito in Firenze, Via/P.za .. **Via DEI RENAI** n. **17 R**

Descrizione per identificazione:

Avendo presentato al competente ufficio comunale in data **12.10.2025** la richiesta di autorizzazione per:

☐ Apertura ☒ Trasferimento ☐ Ampliamento locali ☐ Riduzione locali ☐ Trasformazione locali

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

..... **15** / **dicembre** / **2025**
giorno mese anno

I recapiti, per comunicazioni urgenti, sono:

Sig. **Michele BRESCIANI** Cellulare **344 019 3396**

Telefono **055 232311** fax

Sig. **Segreteria A.Fa.M.** Cellulare

Telefono **055 232311** fax

Firma

..... **Massimo MERCATI**