

bollo assolto in modalità virtuale	<p>ALLO SPORTELLO UNICO DELLE ATTIVITÀ PRODUTTIVE DEL COMUNE DI FIRENZE</p> <p>L.R. 16/00 - FARMACIE</p> <p><b>TRASFERIMENTO LOCALI FARMACIA<sup>1</sup> NELL'AMBITO DELLA SEDE DI PERTINENZA</b></p>
------------------------------------	---

Il/la sottoscritto/a **GHERARDO BOLOGNI**.....  
 nato/a a... FIRENZE ..... (.....) il 29.../..08.../..1971.....  
 residente a... FIRENZE ..... (.....)  
 via/piazza **VIA BOLOGNESE** ..... n° 269 ..... CAP 50139 .....  
 codice fiscale **BLGGRR71M29D612I** ..... recapito telefonico 3474952505.....  
 In qualità di [x.] Titolare ..... [...] Legale rappresentante [...] .....  
 della Farmacia [x.] Privata ..... [...] Comunale  
 posta in FIRENZE, Via/Piazza **VIA SACCHETTI** ..... n. 5R-7R.....  
 CAP 50100 ..... Tel. ..... Fax .....  
 E-mail ...farmaflorentia@gmail.com.....  
 Posta elettronica certificata (obbligatoria) 08185@pec.federfarma.it.....  
 Sede farmaceutica n. 55..... della pianta organica del Comune di FIRENZE

C.F. [...].....

P.IVA [0.0].[.6][.3][.4][.4][.7][.1][.0][.4][8.][5.]

denominazione o ragione sociale **FARMAFLORENTIA SNC**.....  
 con sede legale in FIRENZE ..... Via/piazza **VIA SACCHETTI** ..... n. 5R-7R.....

Ai sensi della L.R. 16/2000 e successive modifiche ed integrazioni,

### CHIEDE

#### **RILASCIO AUTORIZZAZIONE AL TRASFERIMENTO DEI LOCALI NELL'AMBITO DELLA SEDE DI PERTINENZA<sup>2</sup>**

della Farmacia suddetta nei locali posti in Via/piazza **SACCHETTI**..... n. 23R-28R,  
 che occupano una superficie totale di mq **360MQ.LORDI**..... assicurando il rispetto delle distanze dal più vicino  
esercizio similare (non inferiore a mt. 200 per la via pedonale più breve);

\* **VENI ALLEGATO CON DENOVA**

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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

\* VEDI ALLEGATO CON ATTRA CA

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, denuncie 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 <sup>TERMINATI</sup> ~~19GEN2026~~ .....

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 TRASFERIMENTO..... – diritti istruttoria"
  - oppure tramite il sistema pagamenti on line del Comune di Firenze;
6. **Referito 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..... il 19 GENNAIO 2026.....

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.

Firenze 18/1/26

Io Gherardo Bologni in qualità di amministratore della Farmaflorentia snc titolare della farmacia  
Della nave concedo alla farmacia Delle cure l'esercizio ad una distanza inferiore ai 200 metri  
minimi di legge

Gherardo Bologni  
Farmacia Della nave

