

Marca da
Bollo
€ 16,00

**DOMANDA DI RILASCIO DI AUTORIZZAZIONE PER IL TRASFERIMENTO E/O
AMPLIAMENTO LOCALI FARMACIE (in ambito della sede di pertinenza)**
(R.D.27/3/34 n. 1265, L.2/4/68 n. 475 e succ. modifiche, L.8/11/91 n.362,)

Al Comune di _____

Farmacia Privata

Farmacia Comunale

Io sottoscritto/a _____
Cognome _____ nome _____

Nato/a il ____/____/____ Luogo di nascita _____ (Prov. ____)

Cittadinanza _____ **Codice Fisc**

Residente a _____ CAP _____ (Prov. ____

Via/Piazza _____ n. _____ tel. _____

cell. _____ E-mail _____ @ _____ []
barrare la casella se dispone di firma digitale

In qualità di _____ della Farmacia avente la seguente

Denominazione/ragione sociale _____

con sede legale/amministrativa nel Comune di _____

(Prov. ____) Via/Piazza _____ n. _____

CAP _____ Tel. _____ Tel. _____ Fax _____

E-mail _____ @ _____ [] *barrare la casella se dispone di firma digitale*

p.e.c. _____ @ _____ [] *barrare la casella se dispone di firma digitale*

Iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di _____ al n. _____

Farmacia sita in _____ Via/Piazza _____ n. _____

c.Fisc./p.IVA _____ Iscrizione al Tribunale di _____ al n. _____
(se prevista)

CHIEDO

A codesta spettabile Amministrazione il rilascio dell'atto di:

TRASFERIMENTO DI SEDE NELL'AMBITO DELLA SEDE DI PERTINENZA

della Farmacia suddetta nei locali posti in Via/piazza _____ n. _____;
assicurando il rispetto delle distanze dalla Farmacia più vicina *(non inferiore a mt. 200 per la via pedonale
più breve)*;

AMPLIAMENTO DI SUPERFICIE

della Farmacia suddetta nei locali dove svolge la propria attività, da mq. _____ a mq. _____,

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

DICHIARO

PER LE FARMACIE PRIVATE:

- che con il rilascio dell'atto di cui al presente procedimento il sottoscritto risulterà titolare dell'esercizio di una sola farmacia sull'intero territorio nazionale;
- di essere Iscritto all'Albo Professionale della Provincia di _____
- di aver conseguito l'idoneità al diritto di esercizio della farmacia ai sensi degli artt. 7 e 13 della L.362/91,art. 12 della L. 475/68 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni;
- di non incorrere in aspetti di incompatibilità nella gestione societaria ai sensi dell'art. 8 della L.8/11/91 n.362 e dell'art.13 della L. 475/68 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni;

PER LE FARMACIE PRIVATE E COMUNALI:

- che i locali non sono a distanza inferiore a mt. 200 per la via pedonale più breve;
- che i locali rispettano le distanze previste dalla normativa dalla più vicina farmacia
(per le farmacie istituite ai sensi dell'art. 104 del Testo Unico 1265/34 e successive modificazioni, il limite di distanza è pari a mt. 3.000 dalla farmacia più vicina);
- di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso che impediscano l'esercizio dell'attività;
- che ai fini antimafia non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza, o sospensione di cui all'art. 10 della Legge 575/1965 (requisiti antimafia);
- 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 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, antisismica ecc.)
- che provvederà a concordare con l'Azienda Sanitaria l'ispezione di cui all'art. 111 del R.D. 1265 del 1934 e a tal fine fa presente che i locali potranno essere ispezionati indicativamente il _____

ALLEGO

- 1. Documento di identità in corso di validità dell'interessato e di eventuali soci;**
- 2. Provvedimento autorizzativo del Sindaco relativo alla titolarità della farmacia;**
- 3. Atto di disponibilità del/i locale/i regolarmente registrato presso l'Agenzia delle Entrate;**
- 4. Certificato di agibilità dell'edificio o numero di protocollo e data della eventuale richiesta presentata al Comune;**
- 5. Planimetria in scala 1:100 con i dettagli dimensionali;**
- 6. Autocertificazione dei Requisiti Igienico Sanitari;**
- 7. Estremi catastali.**

Firma del Legale Rappresentante

FARMACIE

AUTOCERTIFICAZIONE DEI SOCI

(art. 46 DPR 445/2000, L.2/4/68 n.475 e L.8/11/91 n. 362)

Io sottoscritto/a _____
Cognome _____ nome _____

Nato/a il ____/____/____ Luogo di nascita _____ (Prov. ____)

Cittadinanza _____ c. Fisc

Residente a _____ CAP _____ (Prov. ____)

Via/Piazza _____ n. _____ tel. _____

cell. _____ E-mail _____ @ _____ []
barrare la casella se dispone di firma digitale

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

In qualità di socio della Società di persone avente la seguente denominazione

_____ con sede legale/amministrativa nel Comune di _____

(Prov. ____) Via/Piazza _____ n. _____

CAP _____ Tel. _____ Tel. _____ Fax _____

E-mail _____ @ _____ [] barrare la casella se dispone di firma digitale

p.e.c. _____ @ _____ [] barrare la casella se dispone di firma digitale

Iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di _____ al n. ____

Farmacia sita in _____ Via/Piazza _____ n. ____

c.Fisc./p.IVA _____ Iscrizione al Tribunale di _____ al n. ____
(se prevista)

DICHIARO

- Di essere Socio di una sola Società (di cui al comma 1, art.7, L.8/11/91 n. 362)
- Di essere Iscritto all'Albo Professionale della Provincia di _____
- Di aver conseguito l'idoneità al diritto di esercizio della farmacia ai sensi degli artt. 7 e 13 della L.362/91 e art. 12 della L. 475/68 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni;
- Di non incorrere in aspetti di incompatibilità nella gestione societaria ai sensi dell'art. 8 della L.8/11/91 n. 362 e dell'art. 13 della L.475/68 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni;
- Di non avere condanne penali né ha procedimenti penali in corso che impediscano l'esercizio dell'attività;
- Che ai fini antimafia non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza, o sospensione di cui all'art. 10 della Legge 575/1965 (requisiti antimafia)

_____ lì _____

FIRMA DEL SOCIO

allegare fotocopia del documento
di riconoscimento in corso di validità.