

**Domanda di autorizzazione al TRASFERIMENTO E/O AMPLIAMENTO LOCALI FARMACIE<sup>1</sup>**  
**NELL'AMBITO DELLA SEDE DI PERTINENZA**

(R.D. 27/7/34 n. 1265, L.2/4/68 n. 475 e succ. modifiche, L.8/11/91 n.362, L.R.12/84)

2 copie di cui una in bollo



**FARMACIE**

Fla. Pa/299941  
 dec 31/08/2017

AI SINDACO DEL COMUNE  
 di Bessvde

ALLA A.U.S.L. N.1 DI SASSARI  
 Loro sedi

Farmacia Privata  
 Farmacia comunale

Il sottoscritto Cognome MASU Nome ROSALBA FRANCESCA  
 Data di nascita 06/09/56 Luogo di nascita SASSARI (Prov. SS)  
 Cittadinanza italiana ovvero \_\_\_\_\_

Codice Fiscale MSARL856M46I452M  
 Residenza: Comune di SASSARI CAP 07100 (Prov. SS)  
 Via/P.zza CARLO FELICE n. 38/F

In qualità di  Titolare  Legale rappresentante   
 della  Farmacia Privata  Farmacia comunale

sita in Bessvde Via/Piazza DELLA MADONNINA n. 2  
 CAP 07040 Tel. 079 8849481 Fax \_\_\_\_\_  
 E-mail farm.masu@tiscali.it  
 organica del Comune di Bessvde

C.F. \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_  
 denominazione o ragione sociale \_\_\_\_\_

<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.

In caso di trasferimento dei locali, copia della presente domanda, compilata in ogni sua parte e senza gli allegati, deve essere presentata al Servizio Farmaceutico dell'Azienda U.S.L. n.1 Sassari - Sede legale: Via Monte Grappa n. 82- Sassari e al Comune di \_\_\_\_\_ Ufficio Albo Pretorio: \_\_\_\_\_, per l'attribuzione ai relativi albi, ai sensi della legge 2 aprile 1968, n. 475, art. 1 comma 5, così come modificata dalla L. 362/91.

1. che i locali rispettano le distanze previste dalla normativa dalla più vicina farmacia (m 200 misurati per la via pedonale più breve - 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).
2. di garantire il rispetto dell'applicazione degli artt. 109, 119 e 129 del R.D. 1265/34;
3. di aver rispettato i requisiti igienico-sanitari previsti dalla normativa vigente;
4. 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.);
5. 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 lavori termineranno indicativamente il \_\_\_\_\_

### A TAL FINE DICHIARA

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

la Farmacia suddetta nei locali dove svolge la propria attività, da mq. \_\_\_\_\_ a mq. \_\_\_\_\_, con acquisizione del n. civico \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_, assicurando il rispetto delle distanze dal più vicino esercizio similare (non inferiore a mt. 200 per la via pedonale più breve):

AMPLIAMENTO DI SUPERFICIE

TRASFERIMENTO DEI LOCALI NELL'AMBITO DELLA SEDE DI PERTINENZA  
della Farmacia suddetta nei locali posti in Via/piazza \_\_\_\_\_ n. 23, che occupano una superficie totale di mq \_\_\_\_\_

### AUTORIZZAZIONE

Al sensi della L.R. 12/1984 e successive modifiche ed integrazioni, l'attivazione dei procedimenti amministrativi diretti all'ottenimento di \_\_\_\_\_ a:

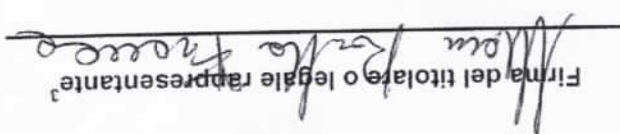
### CHIEDE

con sede legale ovvero [ ] amministrativa nel Comune di BESSUDE (Prov. SS) Via/P.zza DELLA MADONNA n. 2  
CAP 05040  
iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di SASSARI al n. 83202 (se prevista) \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ iscrizione al Tribunale di \_\_\_\_\_

**ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI**

1. Planimetria in scala adeguata (di norma 1:100) dei nuovi locali compresi quelli eventualmente separati dalla farmacia e adibiti a deposito, magazzino, laboratorio con eventuale indicazione dello schema posizionamento delle attrezzature e arredi\*
2. 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 aereoiluminanti ecc...)
3. copia del certificato di agibilità dei locali
4. Destinazione d'uso dei locali
5. Referto di affissione dell'istanza all'Albo Pretorio del Comune e all'Albo dell'Azienda Sanitaria di Sassari (solo in caso di trasferimento locali all'interno della sede di pertinenza)
- 6 Stralcio della pianta organica del comune di appartenenza
- 7 eventuali altri allegati

Sassari il 28/08/2014

Firma del titolare o legale rappresentante  


**N. B.: IN CASO DI TRASFERIMENTO DEI LOCALI, 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.

N.B.: L'istanza ed ogni allegato alla stessa devono pervenire in duplice copia, di cui solo l'originale in bollo.

- Parte riservata all'Ufficio comunale: pubblicazione per 15 gg. agli Albi**
- Albo Pretorio del Comune dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
  - Albo dell'Azienda Sanitaria dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Al sensi dell' art. 38 D.P.R. 445/2000, l'istanza può essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore

# RICHIESTA DI VISITA PREVENTIVA

Farmacia

Deposito medicinali

Inviare via fax al Servizio Farmaceutico A.S.L. n°1 di Sassari: 079/2062762

ASL

FAX

Il sottoscritto Cognome HASV Nome ROSALBA FRANCA

Codice Fisc 

H	S	A	R	C	R	S	6	M	4	6	5	L	S	2	H
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Immobile sito in <u>Bessude</u>
Via/P.za <u>ROSA</u>
n. <u>23</u>
Descrizione per identificazione: <u>HASV ROSALBA FRANCA</u>
Farmacia: <u>DOSSA HASV ROSALBA FRANCA</u>
Deposito medicinali:

Avendo ottenuto l'autorizzazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ rilasciata dal \_\_\_\_\_  
per  Apertura  Trasferimento  Ampliamento

Farmacia

Deposito medicinali

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

giorno \_\_\_\_\_ / mese \_\_\_\_\_ / anno \_\_\_\_\_

I recapiti, per comunicazioni urgenti, sono:

Sig. \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_  
Sig. \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

Il/la sottoscritto/a MASU ROSALBA FRANCESCA ai sensi dell' art. 47 del DPR n. 445 del 28.12.2000, richiamato l'art. 76 dello stesso decreto, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi,

**DICHIARA**

La farmacia oggetto della presente istanza è ubicata in via ROMA n. 23 interno 23 piano 1 ed è contraddistinta al  NCT  NCEU dai seguenti dati catastali:

Foglio di mappa 35 particella/e 231 sub. 1

L'unità immobiliare, facente parte  non facente parte  (barrare l'ipotesi corrispondente) di più ampio complesso immobiliare, è stata realizzata conformemente alla concessione/licenza edilizia nr. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

L'immobile è stato realizzato anteriormente all'anno 1942, non in base a licenza edilizia;

ovvero \_\_\_\_\_

Eventuali precisazioni: \_\_\_\_\_

L'immobile, successivamente alla sua realizzazione, non è stato oggetto di alcun intervento edilizio;

ovvero \_\_\_\_\_

L'immobile è stato oggetto di interventi e/o modifiche di cui ai sotto specificati atti di assenso - autorizzazioni, concessioni, DIA:

- Autorizzazione
  - Denuncia Inizio di Attività
  - Comunicazione ex art. 26 L. 47/85
  - Condono edilizio (richiesta) L.47/85
  - Sanatoria (richiesta) ex art. 13 L.47/85
  - Altro (specificare) \_\_\_\_\_
- |           |           |
|-----------|-----------|
| nr. _____ | del _____ |
| nr. _____ | del _____ |
| nr. _____ | del _____ |
| nr. _____ | del _____ |
| nr. _____ | del _____ |
| nr. _____ | del _____ |

E' attualmente sottoposto ad intervento edilizio come meglio indicato nel procedimento di rilascio di concessione, autorizzazione, DIA o altro atto di assenso sotto indicato:

- tipo di atto \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- tipo di atto \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- tipo di atto \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

• e non è (barrare l'ipotesi corrispondente) rilasciata / richiesta / accertata (prov. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_) istanza / dichiarazione prot. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ (AGIBILITA' / AGIBILITA' dell'immobile)

Eventuali osservazioni: \_\_\_\_\_

(con espresso riferimento alle dichiarazioni sopra rese e in conformità a quanto disposto dalla vigente normativa

**DICHIARA ALTRESI'**

che la farmacia, oggetto della richiesta di autorizzazione, è in possesso dei requisiti previsti dalle specifiche norme nazionali, regionali, locali in materia di caratteristiche ambientali, agibilità, accessibilità

data 28/08/11

Il Richiedente MASU ROSALBA FRANCESCA

1) La sottoscrizione deve essere autenticata con le modalità di cui all'art. 38 del DPR n. 445/2000 ad eccezione dei casi in cui la sottoscrizione sia apposta in presenza del dipendente incaricato di ricevere l'istanza ovvero l'istanza sia presentata o inviata unitamente a copia fotostatica, anche non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore