

n° prot. n° NP/2018/28076

Al Direttore ASSL Sassari

Ufficio Delibere

c.a Sig. Gavino Lei

Sede

Oggetto: Affissione Albo Pretorio della ASSL Sassari. Richiesta trasferimento Sede Farmaceutica della Dr.ssa Masia M. Grazia – Tissi dai locali di via Melis n. 2 a quelli di via Roma n° 46.

Sassari 16 Aprile 2018

Si trasmette , allegata alla presente, copia dell'istanza presentata dalla Dr.ssa Masia Maria Grazia titolare della Farmacia , sita in Tissi in Via Melis n° 2 , con la quale chiede l'autorizzazione al trasferimento della Farmacia in via Roma n° 46 - Tissi , affinché venga affissa all'Albo Pretorio della ASSL di Sassari per la durata di 15 giorni.

Si comunica che l'istanza è completa dei documenti richiesti, che si trovano agli atti del Servizio Assistenza Farmaceutica di Sassari.

Cordiali saluti

Dr.ssa Rita Lucia Carta
Responsabile Servizio
Assistenza Farmaceutica Territoriale
Assistenza.farmaceutica@aslsassari.t



a.s./c

**Domanda di autorizzazione al
TRASFERIMENTO E/O AMPLIAMENTO LOCALI FARMACIE¹
NELL'AMBITO DELLA SEDE DI PERTINENZA**

(R.D.277/34 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

-AI SINDACO DEL COMUNE

di TISSI SS

- AL DIRETTORE GENERALE DELLA A.U.S.L.
N.1 .DI SASSARI

Loro sedi



Farmacia Privata



Farmacia comunale

Il sottoscritto Cognome MASIA Nome MARIA GRAZIA
Data di nascita 28/09/1961 Luogo di nascita SASSARI (Prov. SS)
Cittadinanza italiana ovvero ITALIANA

Codice Fiscale

M	S	A	M	G	R	6	I	P	6	8	1	4	5	2	W
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Residenza: Comune di OSSI CAP 07045 (Prov. SS)

Via/P.zza VIA MELIS n. 2

In qualità di **Titolare** Legale rappresentante DIRETTORE

della **Farmacia Privata**

~~Farmacia comunale~~

sita in TISSI Via/Piazza VIA MUNICIPALE n. 17

CAP 07040 Tel. 079388321 Fax _____

E-mail FARMACIACORDA@TISCALI.IT Sede farmaceutica n. 1 della pianta organica del Comune di TISSI

C.F.

0	2	6	8	5	7	4	0	9	0	0					
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--

P.IVA

0	2	6	8	5	7	4	0	9	0	0					
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--

denominazione o ragione sociale FARMACIA CORDA di MASIA M.G & C. SAS

con sede legale ovvero [] amministrativa nel Comune di TISSI

(Prov. SS) Via/P.zza VIA MUNICIPALE n. 17

CAP 07040

Iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di SASSARI al n. SS-196394

Iscrizione al Tribunale di _____ al n. _____ (se prevista)

CHIEDE

Ai sensi della L.R. 12/1984 e successive modifiche ed integrazioni, l'attivazione dei procedimenti

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.

amministrativi diretti all'ottenimento di

AUTORIZZAZIONE

a:

TRASFERIMENTO DEI LOCALI NELL'AMBITO DELLA SEDE DI PERTINENZA²

della Farmacia suddetta nei locali posti in Via/piazza VIA ROMA

n. 46, che occupano una superficie totale di mq _____

AMPLIAMENTO DI SUPERFICIE

della 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*);

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

A TAL FINE DICHIARA

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 28-02-2018

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*
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 aereo illuminanti ecc...)**
2. copia del certificato di agibilità dei locali Destinazione d'uso dei locali

² 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 TISSI Ufficio Albo Pretorio: _____, 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.

3. 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)

4 Stralcio della pianta organica del comune di appartenenza

eventuali altri allegati _____

TISSI il 05/04/2018

FARMACIA CORDA
di Masia Maria Grazia & C. S.A.S.
Via Municipale, 17 - 07100 Tissi (SS)
Firma del titolare o legale rappresentante³
P. IVA 02006740900
Cod. 01/3266 

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 _____

Firma

³ Ai 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



COMUNE DI TISSI

Provincia di Sassari (SS)

Oggetto: Ricevimento documenti.

Si dichiara di aver ricevuto da:

Nome FARMACIA CORDA DI MASIA MARIA GRAZIA
Indirizzo
Città 07040 TISSI SS

i documenti di cui agli estremi indicati:

N. Prot. 0001807 del 05-04-2018 data arrivo 05-04-2018

Data atti mitt. N.prot.mitt. N.all. 1

Oggetto
DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE AL TRASFERIMENTO E AMPLIAMENTO LOCALI
FARMACIE NELL'AMBITO DELLA SEDE DI PERTINENZA

Categoria 10 Classe 3 Fascicolo 1

Uffici:
MESSI COMUNALI



FIRMA

Porquell