



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 ...*30/10/2022*

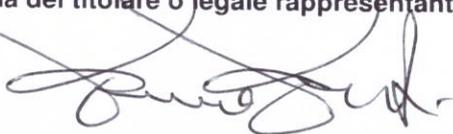
Il sottoscritto **dichiara** altresì, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196, di essere informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione 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 e degli oneri da corrispondere all' AUSL Toscana Centro in base agli importi riportati sul tariffario regionale:**
  - sul c.c.p. n. 22372502 intestato a *Comune di Firenze Serv. Tesor. Direzione Sicurezza Sociale Servizi Diversi* specificando nella causale: "L.R. 16/2000 -rilascio autorizzazione per ..... - diritti istruttoria"
  - oppure mediante bonifico bancario sul conto corrente **IBAN IT75I0306902887100000300015** intestato a COMUNE DI FIRENZE - PALAZZO VECCHIO, **specificando la suddetta causale**
  - oppure tramite il sistema pagamenti on line del Comune di Firenze, collegandosi al link <http://centroservizi.lineacomune.it/portal/page/portal/MULTIPORTALE/FIRENZE/PAGAMENTI>
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 ..... li 03/08/2022

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.

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

Il/la sottoscritto/a Dott. PIERO PACENTI .....codice fiscale PCN PRI 64E25 D612T .....

[X] titolare [...] legale rappresentante della Farmacia "PITTI DEL DOTT. PACENTI PIERO" .....

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 ROMANA ..... nn. (*indicare tutti i numeri civici della struttura*) 1/R ..... interno ..... piano T-1 ..... ed è contraddistinta al NCEU dai seguenti dati catastali: Foglio di mappa 172 ..... particella/e 6 ..... sub. 2 .....

2. 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 .....

[X] 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 22/07/2022 ..... a nome di PATRIZIA GIRALDI ..... e che tale certificazione è stata ricevuta alla Direzione Urbanistica in data 25/07/2022 ..... protocollo 254103 .....

[...] 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*

[X.]L'unità immobiliare è stata realizzata anteriormente all'anno 1942, non in base a licenza edilizia;

Eventuali precisazioni: .....

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

*oppure*

[X.] 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) <u>S.C.I.A.</u>	nr. <u>2288</u>	del <u>2022</u>

[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. .... del .....;  
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 ..... (art. .... 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*

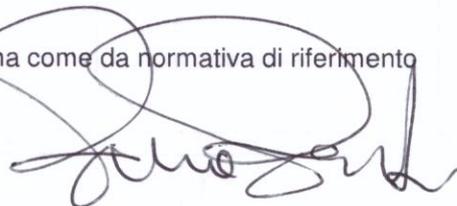
[.X.] non sono stati eseguiti interventi strutturali che hanno comportato il deposito di pratiche presso l'Ufficio del Genio Civile di Firenze.

Eventuali osservazioni .....

Data...03/08/2022

Il Dichiarante

Firma come da normativa di riferimento



Dott. Pacenti Piero  
Farmacia Pitti  
Piazza San Felice, 4/r 50125 FIRENZE – FI

Alla C.A.  
AZIENDA USL TOSCANA CENTRO  
[farmaco.uslcentro@postacert.toscana.it](mailto:farmaco.uslcentro@postacert.toscana.it)  
[urp.uslcentro@postacert.toscana.it](mailto:urp.uslcentro@postacert.toscana.it)

e per Conoscenza

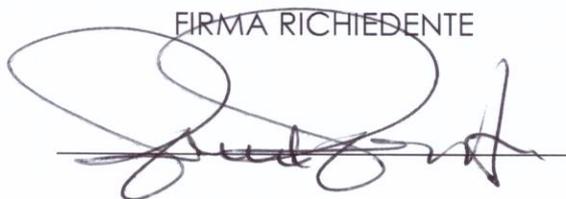
UFFICIO DIREZIONE SEGRETERIA GENERALE E AFFARI ISTITUZIONALI  
P.O. TRASPARENZA E CONTROLLI  
Palazzo Vecchio – Piano 2° - FIRENZE  
[albopret@comune.fi.it](mailto:albopret@comune.fi.it)

**OGGETTO: Società FARMACIA PITTI DEL DOTTOR PIERO PACENTI - Richiesta pubblicazione all'Albo dell'Azienda USL Toscana Centro domanda di trasferimento della FARMACIA PITTI DEL DOTTOR PIERO PACENTI nell'ambito della sede di pertinenza, ai sensi dell'art. 1, comma 5, della Legge n. 475/1968.**

Con la presente si richiede la pubblicazione all'Albo dell'Azienda USL Toscana Centro per 15 gg. Consecutivi a partire dalla data odierna della richiesta di trasferimento dei locali della **FARMACIA PITTI DEL DOTTOR PIERO PACENTI** nell'ambito della sede di pertinenza, ai sensi di quanto previsto dall'art. 1, comma 5, della Legge n. 475/1968, presentata dal Dott. PIERO PACENTI, in qualità di Legale Rappresentante della **FARMACIA PITTI DEL DOTTOR PIERO PACENTI.**

Sarà cura del richiedente inviare la medesima comunicazione di richiesta di pubblicazione per 15 gg. all'Albo Pretorio del Comune di Firenze.

FIRENZE, 03/08/2022

FIRMA RICHIEDENTE  


RICHIESTA DI VISITA PREVENTIVA

**Farmacia**

**Deposito medicinali**

Inviare via fax al servizio farmaceutico

**ASL** .....

**FAX** .....

Il sottoscritto Cognome **PACENTI** ..... Nome **PIERO** .....

Codice Fiscale **PCN PRI 64E25 D612T** .....

Immobile sito in Firenze, Via/P.za **VIA ROMANA** ..... n. **1/R** .....

Descrizione per identificazione:  
.....  
.....

Avendo presentato al competente ufficio comunale in data ..... 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

...../...../.....  
giorno mese anno

I recapiti, per comunicazioni urgenti, sono:

Sig. **PACENTI PIERO** ..... Cellulare **328/0783366** .....

Telefono **05524402** ..... fax .....

Sig. .... Cellulare .....

Telefono ..... fax .....

**Firma**  
