

SUAP

1	ESTREMI DI ISCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE
	Modalità di inoltro via telematica
	Al SUAP del Comune di PISTOIA
	(°) NUMERO ASSEGNATO ALLA PRATICA

(°) a cura del Comune

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE per

**TRASFERIMENTO-AMPLIAMENTO/RIDUZIONE/MODIFICA LOCALI FARMACIA
nell'ambito della sede di pertinenza**

Il sottoscritto, consapevole che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e che, se dal controllo effettuato, emergerà la non veridicità del contenuto di quanto dichiarato, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (Art. 75 e 76 dpr 28.12.2000 n. 445)

CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE RELATIVAMENTE A:

	Codice	Nome attività	Oggetto
0		FARMACIA PRIVATA COMUNALE	TRASFERIMENTO SEDE AMPLIAMENTO RIDUZIONE MODIFICA INTERNA/DESTINAZIONI USO

ED A TAL FINE DICHIARA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445 QUANTO SEGUE:

A1	DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE		
	Cognome FAZZINI		Nome ENRICO
	Nato a FIRENZE		Prov. FI il 22/10/1959
	Residente in BAGNO A RIPOLI		Prov. FI CAP 50012
	Via/piazza VIA DEL CAROTA		n. 4/A
	Tel. 3332047950 Fax		Cod. fisc. FZZNRC59R22D612P
Indirizzo email info@felia.com			
A2	IN QUALITA' DI		
	Titolare della impresa individuale		Legale rappresentante X
A3	DELLA		
	Forma giuridica * S.R.L.		Denomin.** FARMACIA DELL'ARCA S.R.L.
	Sede amministrativa nel Comune di PISTOIA		Prov. PT
	Sede legale nel Comune di *** PISTOIA		Prov. PT
	Via/piaz. Piazza Leonarda Da Vinci		N. civico 27 CAP 51100
	Iscritta al Registro delle Imprese della CCIAA di PISTOIA		N. iscrizione registro 600812
	Iscritta al Tribunale di		N. iscrizione
	Partita IVA 02004770471		Codice Fiscale 02004770471
	In possesso dell'Autorizzazione alla titolarità della FARMACIA SEDE FARMACEUTICA N. 8 del comune di PISTOIA		
	rilasciata da (REGIONE/COMUNE/SUAP) : con ATTO n del		
	<input checked="" type="checkbox"/> che la Direzione della farmacia è attualmente affidata al dr.		
	Cognome/nome <u>FRANCESCA MIGLIANI</u>		cod fisc. <u>MGLFNC71S51G713R</u>
	Nato a <u>PISTOIA</u> il <u>11/11/1971</u>		
Residente a <u>PISTOIA</u>			
<small>Note: * SNC, SAS, SRL, etc.; ** inserire la denominazione per esteso della società (ditta) richiedente con quale l'impresa svolge la propria attività; *** In caso di impresa individuale compilare se l'indirizzo della sede è diverso dalla residenza indicata nel quadro A1</small>			

B	INDIRIZZI A CUI FAR PERVENIRE LE COMUNICAZIONI			
	Via Piazza Leonarda Da Vinci 27		Comune Pistoia	Prov. PT CAP 51100
	Email dellarcafarmaciapistoia@gmail.com		Telef	Cellulare Fax
	Indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC) farmaciadellarcapistoia@pec.it			

C	TIPOLOGIA DI INTERVENTO PER CUI SI RICHIEDE AUTORIZZAZIONE (BARRARE LA CASISTICA INTERESSATA E COMPILARE LE APPOSITE SEZIONI)
	<p>TRASFERIMENTO LOCALI DELLA FARMACIA</p> <p>DA: Via <u>Piazza Leonarda Da Vinci</u> n. civico/i <u>27</u> Comune <u>Pistoia</u> Prov. <u>PT</u> CAP <u>51100</u></p> <p>C1 Sede e locali attualmente autorizzati con AUT. UNICA rilasciata da _____ del _____ (annotare autorizzazione locali in corso di validità)</p> <p>A: Via <u>Piazza Leonarda Da Vinci</u> n. civico/i <u>24</u> Comune <u>Pistoia</u> Prov. <u>PT</u> CAP <u>51100</u></p>
	<p>AMPLIAMENTO LOCALI DELLA FARMACIA RIDUZIONE LOCALI DELLA FARMACIA (1) MODIFICA INTERNA /DESTINAZIONI D'USO LOCALI DELLA FARMACIA (2)</p> <p>Ubicata Via _____ n. civico/i _____ Comune _____ Prov. _____ CAP _____</p> <p>Da mq _____ a mq _____</p> <p>Con acquisizione del numero civico/i n. _____ Via _____ , Con cessione del numero civico/i n. _____ Via _____ ,</p> <p>Sede e locali attualmente autorizzati con AUT. UNICA rilasciata da _____ del _____ a C2 seguito di Parere Igienico sanitario favorevole rilasciato da _____ prot _____ del _____ (indicare le autorizzazione locali in corso di validità)</p> <p>(1) in caso di riduzione locali dichiara che gli spazi della farmacia, sottratti all'espletamento dell'attività farmaceutica rispetto alla autorizzazione in corso di validità, saranno destinati a: _____ _____</p> <p>senza che ciò rechi intralcio, impedimento o interferisca negativamente nello svolgimento dell'attività farmaceutica medesima.</p> <p>2) in caso di modifica interna /destinazioni d'uso dei locali rispetto all'autorizzazione igienico sanitaria in corso di validità dichiara che le modifiche rientrano nell'ambito dell'espletamento di attività farmaceutica e riguardano: _____ _____</p>
	<p>Per tutti i casi <input checked="" type="checkbox"/> così come meglio rappresentato dalla relazione tecnica descrittiva e planimetria allegate</p>

D1	DATI RIFERITI AL FABBRICATO/UNITA' IMMOBILIARE/TERRENO/ IN CUI SI SVOLGERA' L'ATTIVITA'				
	Indirizzo Via/P.za <u>Piazza Leonarda Da Vinci</u>		<u>Civico 24</u>	<u>Piano/scala/interno</u>	<u>TERRA</u>
	Comune <u>PISTOIA</u>		Prov. <u>PT</u>	CAP <u>51100</u>	
	Altri eventuali ingressi del locale (specificare n. ingressi e n. civici se presenti)				
	Eventuale denominazione dell'insegna di esercizio <u>FARMACIA DELL'ARCA</u>				
	Dati catasto: Categ. <u>C/1</u>		<u>Classe 13</u>	<u>Foglio 221</u>	<u>Numero 48</u>
	Destinazione d'uso <u>NEGOZIO</u>		Dest. urbanistica di zona		
	Detenuto a titolo di <input type="checkbox"/> Proprietà <input checked="" type="checkbox"/> Affitto* <input type="checkbox"/> Altro*		*Indicare i dati del proprietario dell'immobile <u>MASSIMO GIAGNONI</u>		

RIEPILOGO DEI REQUISITI DEL FABBRICATO/UNITA' IMMOBILIARE/TERRENO E DEGLI IMPIANTI - DICHIARAZIONI			
D2	<input checked="" type="checkbox"/> che il fabbricato/unità immobiliare/terreno in cui si svolgerà l'attività, e gli impianti che saranno utilizzati, sono in regola con le vigenti norme in materia igienico-sanitaria, edilizia, urbanistica, sicurezza, agibilità, destinazione d'uso dei locali, prevenzione incendi e sono conformi alle normative di settore inerenti allo svolgimento dell'attività.		
	<input checked="" type="checkbox"/> che il fabbricato e/o l'unità immobiliare utilizzato per l'attività è agibile. Indicare i dati di riferimento. (Es. data di deposito, numero di protocollo, ecc.)		
	<input checked="" type="checkbox"/> che la superficie complessiva in cui si svolgerà l'attività è di mq (specificare): 49,5 mq		
	di essere già in possesso delle seguenti autorizzazioni, nulla osta, permessi, ecc. (inserire quelli riferiti al fabbricato /unità immobiliare/terreni etc):		
	Tipologia atto	Ente che lo ha rilasciato	Num. atto

D3 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'			
Il sottoscritto dichiara, per la Farmacia oggetto di tale domanda :			
Sede Farmaceutica n. 8 Comune di Pistoia			
Inserito in un centro commerciale <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Denominato :			
<input type="checkbox"/> aut locali in corso N.	Data rilascio	Rilasciato da	<input checked="" type="checkbox"/> trasferimento in via di autorizzazione
Nel locale viene svolta altra attività: <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI = Specificare :			
<input checked="" type="checkbox"/> che i locali in cui si svolgerà l'attività sono situati nell'ambito della pianta organica/zona individuata dal Comune con Delibera recepita dal (estremi atto) di n del			
<input checked="" type="checkbox"/> che i locali sono situati ad una distanza non inferiore a 200 metri da quelli di altre farmacie. La distanza è misurata per la via pedonale più breve tra soglia e soglia delle farmacie.			
<input checked="" type="checkbox"/> che l'attività verrà svolta nel rispetto dell'articolazione interna dei singoli locali/spazi con specificazione sull'utilizzo degli stessi (magazzino, area vendita, zona laboratorio etc), come risultante da relazione e planimetria allegata;			
<input checked="" type="checkbox"/> che la farmacia (nuovi locali), oggetto della richiesta di autorizzazione, è in possesso dei requisiti previsti dalle specifiche norme nazionali, regionali, locali in materia di caratteristiche ambientali, agibilità, accessibilità; ecc.;			
D3	<input checked="" type="checkbox"/> di aver rispettato i requisiti igienico sanitari previsti dalla normativa vigente con particolare riferimento a quanto previsto Decreto Dirigenziale della Regione Toscana n. 7225 del 18/12/2002 Allegato B "Indirizzi tecnici di igiene edilizia per i locali e gli ambienti di lavoro";		
	<input checked="" type="checkbox"/> che i locali sono dotati di sistema impiantistico ambientale che assicura la corretta conservazione dei medicinali e materie prime a temperatura costante (24h/24h) T =< 25 °C e che viene assicurata una % di 'umidità ottimale (intorno a 50%)		
	<input checked="" type="checkbox"/> che esiste una modalità di rilevazione delle temperature ambientali e relativo sistema di allarme in caso di scostamento significativo della temperatura sopra 25°C, ovvero il sistema impiantistico ambientale consente, in caso di superamento delle temperature previste, di intervenire prontamente per la verifica ed il ripristino.		
	<input checked="" type="checkbox"/> i frigoriferi sono dedicati ed idonei alla conservazione di medicinali e consentono il mantenimento in continuo 24h/24h a temperature controllate così come risulta dall'allegato alla presente istanza e facente parte integrale della stessa "Dichiarazione attività galenica"		
	<input checked="" type="checkbox"/> che il locale (o zona) destinata all'allestimento delle preparazioni galeniche è conforme alle Norme di Buona Preparazione (NBP) della Farmacopea XII ed. e ss.mm. o al DM 18/11/2003 o NBP semplificate; a tal fine allega l' apposita "Dichiarazione attività galenica" per l'inquadramento dei requisiti previsti dalle NBP		
<input checked="" type="checkbox"/> di garantire il rispetto della normativa vigente sulle Farmacie			
<input checked="" type="checkbox"/> di concordare con l'Azienda Sanitaria l'ispezione di cui all'art. 111 del R.D. 1265 del 1934, al cui esito positivo è subordinato l'avvio dell'attività e a tal fine fa presente che i lavori termineranno indicativamente il			
<input checked="" type="checkbox"/> 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			

E	REFERENTI DELL'INTERESSATO		
	Il sottoscritto dichiara di essersi avvalso delle prestazioni di:		
	tecnico incaricato	società di tecnici incaricati, rappresentata da:	
	Cognome	Nome	
	Cittadinanza	C. F.	
	Data di nascita	Luogo di nascita	
	Studio nel:	Comune di	CAP
	Via/p.zza		n.
	Tel	Cell.	
	Fax	e-mail (con firma digitale)	
	Nr. Iscriz.	All'ordine professionale degli	Della Prov. di
	Eventuale e ulteriore abilitazione specifica:		

F	REQUISITI PERSONALI del RICHIEDENTE		
	REQUISITI DI ONORABILITA'		
	di essere in possesso dei requisiti morali previsti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'attività; che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza o sospensione previste dal D.Lgs 6 settembre 2011 n. 159 (Codice delle leggi antimafia). Trattandosi di società od organismi collettivi di cui art. 2 comma 3 del D.P.R. 03.06.1998, n. 252 si allega alla presente N.		
E	DICHIARAZIONI COMPILATE di cui all'allegato 1.		
	Solo PER LE FARMACIE COMUNALI E /O ASSEGNATE IN GESTIONE ASSOCIATA		
	Il sottoscritto dichiara		
	Che la Direzione della farmacia è attualmente affidata al/lla dott./dr.ssa:		
	Cognome	Nome	
	Cittadinanza	C. F.	
	Data di nascita	Luogo di nascita	
	Studio nel:	Comune di	CAP
	Via/p.zza		n.
	Tel	Cell.	
	Fax	e-mail (con firma digitale)	
	Nr. Iscriz.	All'ordine professionale degli	Della Prov. di

F	COMPILARE SOLO IN CASO DI CITTADINO STRANIERO NON COMUNITARIO		
	di essere in possesso di permesso di soggiorno per * di essere in possesso di carta di soggiorno per *		
	N.	Rilasciato da	Valida fino al
* Specificare il motivo del rilascio			

G	TRATTAMENTO DATI PERSONALI		
	di essere informato ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 : - di dover obbligatoriamente conferire i propri dati personali compilando il presente modulo; - che gli stessi dati saranno trattati dal Comune, quale Titolare, quale Responsabile, in modo cartaceo e telematico, per le sole finalità istituzionali inerenti il rilascio del provvedimento unico finale; - che il Comune potrà, ai sensi della vigente normativa, comunicare i suddetti dati a tutti gli Enti che dovranno intervenire nel procedimento, nonché diffondere gli stessi mediante programmi informatici; - di poter conoscere, ai sensi dell'art. 7, l'esistenza dei propri dati personali, di poterli aggiornare, rettificare od integrare qualora fosse necessario, nonché di richiederne la cancellazione quando trattati in violazione di legge		

Data e luogo

L'interessato deve firmare* il presente modello
L'interessato

* Per la **trasmissione telematica con firma digitale** non è necessario l'allegato del documento di riconoscimento

ISTRUZIONI ED ALLEGATI ALL'ISTANZA

- ACCERTARE, prima della sottoscrizione del presente documento, di essere a conoscenza ed in possesso dei requisiti previsti dalla vigente normativa.
- *Allegare fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento (in corso di validità). Per la trasmissione telematica con firma digitale del richiedente non è necessario l'allegato del documento di riconoscimento.*
- Consultare l'ufficio SUAP per ogni dubbio o richiesta di chiarimento. La sottoscrizione in assenza dei requisiti costituisce reato ed è penalmente perseguita quale falsa dichiarazione in atti.

Allegati da presentare

1. **Relazione tecnica descrittiva dei locali, delle attività e delle attrezzature (*)**.
2. **Relazione professionale del farmacista titolare/direttore (**)**
3. **Planimetria in scala adeguata (di norma 1:50) dei nuovi locali, compresi quelli eventualmente separati dalla farmacia e adibiti a deposito, magazzino, laboratorio etc, con indicazione delle destinazioni d'uso e aree di lavoro, dello schema posizionamento delle attrezzature e degli arredi e tipologie di prodotti (*)**.
4. **Nel caso di ampliamento/riduzione/modifiche locali e destinazioni d'uso anche la planimetria illustrativa dello stato attuale corrispondente all'autorizzazione igienico sanitaria in corso di validità (con rif AUT Unica SUAP)**.
5. **Modulo dichiarazione attività galenica per inquadramento requisiti locali ed attrezzature in base alle NBP (secondo disposizioni ASL)**
6. **In caso di cittadino extracomunitario allegare copia della carta/permesso di soggiorno in corso di validità.**
7. **Copia avvenuto pagamento diritti Suap (nei comuni dove previsti).**
8. **Altre eventuali dichiarazioni richieste dal Comune a seconda dei casi o che l'interessato intende fornire nel proprio interesse.**

(*) INDICARE CON PRECISIONE nelle planimetrie e nella relazione tecnica le informazioni utili sulle caratteristiche dei locali, superfici, altezze, rapporti aeroilluminanti e destinazioni d'uso in base alle attività che possono essere svolte in farmacia, le zone di lavoro e di stoccaggio dei medicinali (*Etici, OTC, SOP, Vet, ASL, materie prime, O2, veleni, stupefacenti etc*) e delle altre tipologie di prodotti non medicinali (macroclassificazioni), spazi dedicati al confinamento degli scaduti/inesitabili separati per tipologie, sistema di controllo delle temperature ambientali (obbligo T <-25 °C 24/24h) e dei frigoriferi (2-8 °C 24/24h) , procedure di autocontrollo etc.

(**) Relazione sulla ORGANIZZAZIONE in tale sede del SERVIZIO FARMACEUTICO, compreso procedure adottate per il controllo delle corrette condizioni di conservazione medicinali, delle pulizie degli ambienti e del laboratorio galenico, degli scaduti etc

N.B.

In caso di TRASFERIMENTO LOCALI in altra sede (art 1 c5 L.475/68)

1) LA DOMANDA VIENE AFFISSA ALL'ALBO PRETORIO DEL COMUNE per 15 giorni consecutivi 2) IL COMUNE (SUAP) INOLTRE UNITAMENTE ALLA PRESENTE RICHIESTA ALLA ASL PER L'AFFISSIONE ALL'ALBO PRETORIO DELLA ASL per 15 giorni consecutivi

IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE E' SUBORDINATO AL PARERE IGIENICO SANITARIO FAVOREVOLE ASL L'AVVIO/SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA', IN TUTTI I CASI DI TRASFERIMENTO, AMPLIAMENTO/RIDUZIONE, MODIFICA DEI LOCALI DELLA FARMACIA E' SUBORDINATO ALL'ESITO POSITIVO DELL'ISPEZIONE DELLA ASL AI SENSI DELL'ART. 111 del R.D. 1265/34. L'ISPEZIONE DOVRA' ESSERE CONCORDATA E RICHIESTA ALLA ASL, A CURA DELL'INTERESSATO, DOPO LA NOTIFICA DEL PROVVEDIMENTO DI AUTORIZZAZIONE.

1	Primo dichiarante				
	Cognome FAZZINI		Nome ENRICO		
	Nato a FIRENZE		Prov. FI	il 22/10/1959	
	Residente in BAGNO A RIPOLI		Prov. FI	CAP 50012	
	Via/piazza VIA DEL CAROTA			n. 4/A	
	Codice fiscale (16 caratteri) FZZNRC59R22D612P				
	Cittadinanza Italiana altra (specificare) ¹				
	¹ Compilare le righe seguenti in caso di cittadino straniero non comunitario				
	di essere in possesso di permesso di soggiorno per *		di essere in possesso di carta di soggiorno per *		
	N	Rilasciato da	il	Valida fino al	
* Specificare il motivo del rilascio					
2	Secondo dichiarante				
	Cognome		Nome		
	Nato a		Prov.	il	
	Residente in		Prov.	CAP	
	Via/piazza			n.	
	Codice fiscale (16 caratteri)				
	Cittadinanza Italiana (specificare) ¹				
	¹ Compilare le righe seguenti in caso di cittadino straniero non comunitario				
	di essere in possesso di permesso di soggiorno per *		di essere in possesso di carta di soggiorno per *		
	N	Rilasciato da	il	Valida fino al	
* Specificare il motivo del rilascio					
3	Terzo dichiarante				
	Cognome		Nome		
	Nato a		Prov.	il	
	Residente in		Prov.	CAP	
	Via/piazza			n.	
	Codice fiscale (16 caratteri)				
	Cittadinanza Italiana (specificare) ¹				
	¹ Compilare le righe seguenti in caso di cittadino straniero non comunitario				
	di essere in possesso di permesso di soggiorno per *		di essere in possesso di carta di soggiorno per *		
	N	Rilasciato da	il	Valido fino al	
* Specificare il motivo del rilascio					

DICHIARANO

AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445 consapevole/i che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e che, se dal controllo effettuato, emergerà la non veridicità del contenuto di quanto dichiarato, decadrà/anno dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera:

- di essere in possesso dei requisiti morali previsti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'attività;
- che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 10 della l. 31/05/1965 n. 575 (normativa antimafia).

di essere informati ai sensi del **D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196**:

- di dover obbligatoriamente conferire i propri dati personali compilando il presente modulo; che gli stessi dati saranno trattati dal Comune, quale Titolare, nonché dal Dirigente dello SUAP, quale Responsabile, in modo cartaceo e telematico, per le sole finalità istituzionali inerenti il rilascio del provvedimento unico finale; che il Comune potrà, ai sensi della vigente normativa, comunicare i suddetti dati a tutti gli Enti che dovranno intervenire nel procedimento, nonché diffondere gli stessi mediante programmi informatici; di poter conoscere, ai sensi dell'art. 7, l'esistenza dei propri dati personali, di poterli aggiornare, rettificare od integrare qualora fosse necessario, nonché di richiederne la cancellazione quando trattati in violazione di legge;

Firma* del primo dichiarante

Firma* del secondo dichiarante

Firma* del terzo dichiarante

29/06/2023

Data

* Allegare fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento (in corso di validità), altrimenti la firma va apposta in presenza del dipendente addetto a ricevere la pratica. In caso di cittadino extracomunitario allegare copia della carta/permesso di soggiorno in corso di validità.