SUAP

1	**ESTREMI DI ISCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE**
	Modalità di inoltro via telematica
	Al SUAP del Comune di
	(°) 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 X COMUNALE	TRASFERIMENTO SEDE X 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 LUCCARINI	Nome ILARIA		
	Nato a PRATO	Prov. PO	il 01.05.1976	
	Residente in VERNIO	Prov. PO	CAP 59024	
	Via/piazza SENONES		n. 6	
	Tel. 339.4471495	Fax	Cod. fisc. LCCLRI76E41G999B	
	Indirizzo email farmaciadigalceti@gmail.com			
A2	**IN QUALITA' DI**			
	Titolare della impresa individuale	Legale rappresentante X		
A3	**DELLA**			
	Forma giuridica * SRL	Denomin.** FARMACIA DI GALCETI		
	Sede amministrativa nel Comune di PRATO		Prov. PO	
	Sede legale nel Comune di *** PRATO		Prov. PO	
	Via/piaz. 7 MARZO	N. civico 15 / 11	CAP 59100	
	Iscritta al Registro delle Imprese della CCIAA di PISTOIA - PRATO	N. iscrizione registro PO - 526326		
	Iscritta al Tribunale di	N. iscrizione		
	Partita IVA 02345080978	Codice Fiscale 02345080978		
	In possesso dell'Autorizzazione alla titolarità della FARMACIA **SEDE FARMACEUTICA N.** 50 del comune di PRATO rilasciata da (*REGIONE/COMUNE/SUAP*): COMUNE DI PRATO con ATTO n PG 23734 del 10.02.2016			
	☒ che la Direzione della farmacia è attualmente affidata al dr. Cognome/nome LUCCARINI ILARIA cod fisc LCCLRI76E41G999B Nato a PRATO il 01.05.1976 Residente a VERNIO			
	*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*			

B	**INDIRIZZI A CUI FAR PERVENIRE LE COMUNICAZIONI**			
	Via 7 MARZO	Comune PRATO	Prov. PO	CAP 59100
	Email farmaciadigalceti@gmail.com	Telef 0574.461093	Cellulare	Fax
	Indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC) 19095@pec.federfarma.it			

Protocollo C_G999/MOCCPO GE/2024/0071051 del 28/05/2024 - Pag. 1 di 6

C **TIPOLOGIA DI INTERVENTO PER CUI SI RICHIEDE AUTORIZZAZIONE (BARRARE LA CASISTICA INTERESSATA E COMPILARE LE APPOSITE SEZIONI)**

C1 ☒

TRASFERIMENTO LOCALI DELLA FARMACIA

DA: Via 7 MARZO n. civico/i 15/11

Comune PRATO Prov. PO CAP 59100

Sede e locali attualmente autorizzati con AUT. UNICA rilasciata da COMUNE DI PRATO del 10.02.2016 (annotare autorizzazione locali in corso di validità)

A: Via 7 MARZO n. civico/i 15/9

Comune PRATO Prov. PO CAP 59100

C2

AMPLIAMENTO LOCALI DELLA FARMACIA RIDUZIONE LOCALI DELLA FARMACIA (1)
MODIFICA INTERNA /DESTINAZIONI D'USO LOCALI DELLA FARMACIA (2)

Ubicata Via _____ n. civico/i _____

Comune _____ Prov. CAP

Da mq a mq

Con acquisizione del numero civico/i n. Via ,

Con cessione del numero civico/i n. Via ,

Sede e locali attualmente autorizzati con AUT. UNICA rilasciata da _____ del _____ a seguito di Parere Igienico sanitario favorevole rilasciato da _____ prot _____ del

(indicare le *autorizzazione locali in corso di validità)*

(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:

_____

senza che ciò rechi intralcio, impedimento o interferisca negativamente nello svolgimento dell'attività farmaceutica medesima.

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:

_____

Per tutti i casi

☒ **così come meglio rappresentato dalla relazione tecnica descrittiva e planimetria allegate**

D1

DATI RIFERITI AL FABBRICATO/UNITA' IMMOBILIARE/TERRENO/ IN CUI SI SVOLGERA' L'ATTIVITA'

Indirizzo Via/P.za 7 MARZO | Civico 15/9 | Piano/~~scala/interno~~ TERRA

Comune PRATO | Prov. PO | CAP 59024

Altri eventuali ingressi del locale *(specificare n. ingressi e n. civici se presenti)* INGRESSO MERCI

Eventuale denominazione dell'insegna di esercizio FARMACIA DI GALCETI

Dati catasto: Categ. A/10 | Classe 4 | Foglio 14 | Numero 826 | Sub. 8

Destinazione d'uso DIREZIONALE | Dest. urbanistica di zona COMMERCIALE

Detenuto a titolo di

☐ *Proprietà* ☒ *Affitto** ☐ *Altro**

**Indicare i dati del proprietario dell'immobile* "GALCETI SRL"

Protocollo c_g999/MOCCFO GE/2024/00/1057 del 28/05/2024 - Pag: 2 di 6

D2	**RIEPILOGO DEI REQUISITI DEL FABBRICATO/UNITA' IMMOBILIARE/TERRENO E DEGLI IMPIANTI - DICHIARAZIONI**
	☒ 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.
	☒ 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.*) PG 58982 / 2026
	☐ che la superficie complessiva in cui si svolgerà l'attività è **di mq (specificare):** 208
	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	Note

D3	**DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'** Il sottoscritto dichiara, per la **Farmacia oggetto di tale domanda** :
D3	Sede Farmaceutica n. 50 Comune di PRATO
	Inserito in un centro commerciale ☐ SI ☒ NO Denominato :
	☐ aut locali in corso N. | Data rilascio | Rilasciato da | ☐ trasferimento in via di autorizzazione
	Nel locale viene svolta altra attività: ☒ NO ☐ SI = Specificare :
	☒ 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
	☒ 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.
	☒ 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;
	☒ 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.;
	☒ 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";
	☒ 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%) ☒ 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.
	☒ 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"*
	☒ 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
	☒ di garantire il rispetto della normativa vigente sulle Farmacie
	☒ 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
	☒ 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

Protocollo c_g999/AOOCPO_GE/2024/00/1057 del 28/05/2024 - Pag: 3 di 6

E	**REFERENTI DELL'INTERESSATO**		
	Il sottoscritto dichiara di essersi avvalso delle prestazioni di:		
	tecnico incaricato GEOMETRA	società di tecnici incaricati, rappresentata da:	
	Cognome PULCINI	Nome FILIPPO	
	Cittadinanza ITALIANA	C. F. PLCFPP67S13A462A	
	Data di nascita 13.11.1967	Luogo di nascita ASCOLI PICENO	
	Studio nel: Comune di ASCOLI P.	CAP 63100	
	Via/p.zza FIRENZE	n. 11	
	Tel 0736.982533	Cell. 3357079778	
	Fax	e-mail *(con firma digitale)* filippo.pulcini@geopec.it	
	Nr. Iscriz. 887	All'ordine professionale degli GEOMETRI	Della Prov. di ASCOLI P.
	Eventuale e ulteriore abilitazione specifica:		

F	**REQUISITI PERSONALI del RICHIEDENTE**		
F	**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. DICHIARAZIONI COMPILATE** di cui all'allegato 1.		
E	**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 LUCCARINI	Nome ILARIA	
	Cittadinanza ITALIANA	C. F. LCCLRI76E41G999B	
	Data di nascita 01.05.1976	Luogo di nascita PRATO	
	Studio nel: Comune di	CAP	
	Via/p.zza	n.	
	Tel	Cell. 3394471495	
	Fax	e-mail *(con firma digitale)* ilaria.luccarini@pec.it	
	Nr. Iscriz. 258	All'ordine professionale degli FARMACISTI	Della Prov. di PRATO

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	Il	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

PRATO 28.03.2024

L'interessato deve firmare* il presente modello

L'interessato

Ilaria Luccarini

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

Protocollo c_g999/AOOCPO_GE/2024/007 1057 del 28/03/2024 - Pag. 4 di 6

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 ampiamento/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) INOLTRA 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.

Protocollo c_g999/AOOCPO_GE/2024/007 1057 del 28/05/2024 - Pag: 5 di 6

ALLEGATO N. 1 Dichiarazione di altre persone **(amministratori, soci)** indicate art. 2 comma 3 del D.P.R. 03.06.1998, n. 252

1	**Primo dichiarante**			
	Cognome SANTINI	Nome VALENTINA		
	Nato a PRATO	Prov. PO	il 21.08.1975	
	Residente in PRATO	Prov. PO	CAP 59100	
	Via/piazza LEGNANO		n. 40	
	Codice fiscale (16 caratteri) SNTVNT 75M61GPPPU			
	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

Data Valentina Santini 27/03/2024

* 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.

Protocollo c_g999/AOOCPO_GE/2024/007 105/ del 28/03/2024 - Pag: 6 di 6