

Il sottoscritto, **DOTTRESSA YOUNU ROSOLIO** i cui dati personali completi oltre che quelli relativi alla localizzazione dell'intervento sono forniti nella sezione "anagrafica", parte integrante della presente richiesta, 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 il rilascio della

**AUTORIZZAZIONE PER TRASFERIMENTO
FARMACIA E COMMERCIO AL DETTAGLIO DI MEDICINALI**
(R.D. 1265/1934; L. 475/1968; L.362/1991; L.R. 16/2000; D.L. 1/2012)

A TAL FINE DICHIARA

che l'attività oggetto della presente dichiarazione è stata trasferita:					
DA	via/p.za	PIAZZA DON MINZONI	n. SNC	Piano/scala/interno	T
A	via/p.za	PIAZZA DON MINZONI	n. 15-18	Piano/scala/interno	T
Dati catastali : Categoria		CI	Classe	Foglio 32	Numero 338
				Subalterno	506,507 508
Destinazione d'uso:		COMMERCIALE		Destinazione urbanistica dell'area	
				ZONA B	
Detenuto a titolo di: <input checked="" type="radio"/> Proprietà <input checked="" type="radio"/> Affitto <input type="radio"/> Altro (specificare)					

Sede farmaceutica n. 4		
inserita in un centro commerciale <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI denominato		
posto in via/p.za	PIAZZA DON MINZONI	n. 15-18

DICHIARA INOLTRE

<input checked="" type="checkbox"/> che i locali, le installazioni e le attrezzature sono idonei e sufficienti a garantire una buona conservazione ed una buona distribuzione dei <input checked="" type="checkbox"/> Medicinali <input checked="" type="checkbox"/> Materie prime farmacologicamente attive
<input checked="" type="checkbox"/> che la superficie della farmacia è pari a mq 248,80
<input type="checkbox"/> che i locali della farmacia sono situati ad una distanza dagli altri esercizi non inferiore a 200 m
<input checked="" type="checkbox"/> che la farmacia, oggetto della richiesta di autorizzazione è in possesso dei requisiti previsti dalle specifiche norme nazionali, regionali e locali in materia di caratteristiche ambientali, agibilità, accessibilità etc.
<input checked="" type="checkbox"/> di aver rispettato i requisiti igienico sanitari previsti dalla normativa vigente con particolare riferimento a quanto previsto dal Decreto Dirigenziale della regione Toscana 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 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. al DM 18/11/2003
<input checked="" type="checkbox"/> che provvederà a concordare con l'Azienda USL l'ispezione preventiva di cui all'art. 111 R.D. 1265 del 1934 e la verifica igienico sanitaria dei locali e a tal fine fa presente che i lavori termineranno indicativamente il 06/06/2024
<input checked="" type="checkbox"/> che provvederà a concordare con l'Azienda USL l'ispezione preventiva di cui all'art. 111 R.D. 1265 del 1934 per verificare la presenza dei farmaci obbligatori di cui alla Tabella 2 FU XII ed e ss.mm
<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 (pratiche in materia edilizia, sicurezza dei luoghi di lavoro, prevenzione incendi, etc)
<input checked="" type="checkbox"/> di garantire il rispetto della normativa vigente sulle farmacie

Dichiara i seguenti requisiti personali

<input checked="" type="checkbox"/> di essere iscritto all'Albo professionale della provincia di FIRENZE
<input type="checkbox"/> di aver conseguito l'idoneità al diritto di esercizio della farmacia ai sensi degli artt. 7 e 13 della L. 362/1991 art. 12, della L. 475/1968 e della L. 892/1984 ss.mm.ii;
<input checked="" type="checkbox"/> di non incorrere in aspetti di incompatibilità nella gestione societaria ai sensi dell'art. 8 della L. 362/1991 e dell'art. 13 della L. 475/1968 e L. 892/1984 e ss.mm.ii

Imposta di bollo

<input checked="" type="checkbox"/> Dichiaro di aver ottemperato al pagamento dell'imposta di bollo per la presente istanza, il cui originale viene da me conservato e annullato, mediante:
<input checked="" type="radio"/> contrassegno telematico n. 01231021455395 del 26/04/24
<input type="radio"/> versamento con modello F23 del

allega alla presente istanza i seguenti documenti:

- planimetria dei locali in scala adeguata (1:50) compreso quelli eventualmente separati dalla farmacia e adibiti a deposito, magazzino, laboratorio con eventuale indicazione dello schema posizionamento delle attrezzature e degli arredi ed ulteriori informazioni utili sulle caratteristiche dei locali
- relazione tecnica descrittiva dei locali, delle attività e delle attrezzature, includendo ulteriori informazioni utili sulle caratteristiche dei locali
- in caso di cittadino straniero allegare copia de permesso di soggiorno in corso di validità

N.B.:

a) sono soggetti alla dichiarazione antimafia i soggetti indicati all'art. 85 del d. lgs 159/2011

b) ciascun soggetto con potere di rappresentanza nella società, o i soggetti associati devono allegare dichiarazione del possesso dei requisiti morali

c) l'attività può essere iniziata soltanto dopo il rilascio dell'autorizzazione e dell'ispezione conclusiva ai sensi dell'art. 111 del R.D. 1265/1934 con esito positivo