

FARMACIE

TRASFERIMENTO E VARIAZIONI SOGGETTE AD AUTORIZZAZIONE

(L'istanza deve essere pubblicata all'Albo Pretorio Comunale e copia deve essere inoltrata alla ASL ai fini della pubblicazione all'ALBO dell'Azienda Sanitaria)
da inviare telematicamente all'Ufficio Suap
una copia con allegata la ricevuta di trasmissione telematica dovrà essere conservata dall'interessato

Privacy: Nel compilare questo modello le chiederemo di fornire dati personali che saranno trattati dall'Amministrazione nel rispetto dei vincoli e delle finalità previste dal Codice in materia di protezione dei dati personali (d. lgs 196/2003). Il trattamento avverrà nell'ambito delle finalità istituzionali dell'Amministrazione e pertanto la vigente normativa non richiede una esplicita manifestazione del suo consenso. In ogni caso lei potrà esercitare i diritti riconosciuti dall'art. 7 del decreto e le altre facoltà concesse dalla vigente normativa.

All'Ufficio SUAP – Sviluppo Economico
Comune di Campi Bisenzio (FI)

Il sottoscritto Cognome _IOCCA_____ Nome _ANTONIO___

Data di nascita 12/12/1971 Luogo di nascita PALLAGORIO (Prov.CZ)

Cittadinanza _ITALIANA_____

Residenza: Comune di CAMPI BISENZIO_CAP _50013_ (Prov._FI_)

Via CATTANEO_____ n. 7___

Tel. _0558979640_ cell. _____ Fax _____

E-mail farmapiana@pec.it barrare se email con firma digitale

Titolare della impresa individuale **Legale rappresentante della Società**

_COTITOLARE_____

CF

0	5	6	4	3	3	0	0	4	8	8				
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--

P.IVA

0	5	3	4	3	3	0	0	4	8	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

denominazione o ragione sociale della ditta _FARMAPIANA S.p.a._

con sede legale nel Comune di CAMPI BISENZIO_____

(Prov. _FI_____) Via Bruno Buozzi ___ n. 24

ovvero con sede amministrativa nel Comune di _CAMPI BISENZIO_____

via Bruno Buozzi ___ n. 24 _CAP 50013_____ Tel. _0558979640_ Fax _____

E-mail farmapiana@pec.it

Iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di FIRENZE ___ al n. _REA FI-539552_____

Sede Farmaceutica n. 11 della pianta organica del Comune di Campi Bisenzio (FI).

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

CHIEDE

Ai sensi della L.R. 16/2000 e successive modifiche ed integrazioni

Relativamente a

Farmacia privata Farmacia comunale

L'attivazione dei procedimenti amministrativi diretti all'ottenimento dell'atto di autorizzazione per

TRASFERIMENTO DEI LOCALI NELL'AMBITO DELLA SEDE DI PERTINENZA

della Farmacia suddetta nei locali posti nel Comune di Campi Bisenzio in Via Padule snc (in corso di assegnazione) che occupano una superficie di mq.290

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, dovrà essere pubblicata per quindici giorni consecutivi nell'albo dell'unità sanitaria e in quello del comune ove ha sede la farmacia

AMPLIAMENTO DI SUPERFICIE

RIDUZIONE DI SUPERFICIE

della Farmacia suddetta nei locali dove svolge la propria attività, con acquisizione del n. -----

via, da mq. ca a mq., assicurando il rispetto delle distanze dal più vicino esercizio similare

(non inferiore a mt. 200 per la via pedonale più breve);

ubicazione dell'esercizio						
via, viale, piazza, ecc. VIA PADULE					numero civico Snc (in corso di assegnazione)	
altri eventuali ingressi del locale (specificare via e n° civici)						
se inserito in un centro commerciale, specificare denominazione ed estremi autorizzazione						
Denominazione insegna di esercizio FARMACIA PALAGETTA						
- la disponibilità dei locali è avvenuta per:						
<input checked="" type="checkbox"/> proprietà <input type="checkbox"/> affitto <input type="checkbox"/> comodato						
<input type="checkbox"/> fusione <input type="checkbox"/> conferimento d'azienda <input type="checkbox"/> scadenza affitto d'azienda						
<input type="checkbox"/> scissione d'azienda <input type="checkbox"/> scioglimento e conferimento <input type="checkbox"/> per causa morte (eredità)						
<input type="checkbox"/> altro _____						
dati catastali	categoria C/1	classe	sezione	foglio 27	particella 621	subalterno 01/02/03

QUADRO AUTOCERTIFICAZIONE

Dichiarazioni di responsabilità obbligatorie

(le seguenti dichiarazioni non si intendono rese in caso di cessazione, riduzione /redistribuzione della superficie di vendita)

Il/La sottoscritto/a dichiara

p

che nell'esercizio dell'attività sono rispettati:

p

il regolamento locale di polizia municipale

p

le norme vigenti in materia igienico-sanitaria

p le norme in materia di inquinamento acustico

p il regolamento edilizio, comprese le norme in materia di agibilità/abitabilità dei locali in particolare:

[X] che il locale ha ottenuto abitabilità/agibilità certificato del _____ n _____ o dichiarazione di abitabilità a firma _____ depositata al Servizio Edilizia in data _____ e che **a fine lavori edili sarà rilasciata nuova agibilità**, in alternativa che [] il locale non è soggetto al certificato di abitabilità (allegare dichiarazione indicando la norma che lo esonera)¹

p le norme urbanistiche, di sicurezza, di prevenzione incendi nonché quelle relative alla destinazione d'uso e in particolare che il locale ha destinazione d'uso (*barrare la casella corrispondente*)

[X] commerciale al dettaglio

[] altro _____ (*specificare la destinazione*) in tale ipotesi dichiara che la superficie di vendita al dettaglio non supera il 35% della superficie totale e in ogni caso non è superiore a mq.30 e che l'altra attività esercitata nel locale è _____ ;

p che la pratica edilizia più recente concernente il fondo in oggetto è la seguente ____

Consapevole che le dichiarazioni fase, 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

PER LE FARMACIE PRIVATE:

- che con il rilascio dell'atto di cui al presente procedimento il sottoscritto risulterà titolare dell'esercizio di una sola farmacia sull'intero territorio nazionale;
- di essere Iscritto all'Albo Professionale della Provincia di _____
- di aver conseguito l'idoneità al diritto di esercizio della farmacia ai sensi degli artt. 7 e 13 della L.362/91, art. 12 della L. 475/68 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni;
- di non incorrere in aspetti di incompatibilità nella gestione societaria ai sensi dell'art. 8 della L.8/11/91 n. 362 e dell'art.13 della L. 475/68 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni;

PER LE FARMACIE PRIVATE E COMUNALI:

- che i locali non sono a distanza inferiore a mt. 200 per la via pedonale più breve;
- che i locali rispettano le distanze previste dalla normativa dalla più vicina farmacia (*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*);
- di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso che impediscano l'esercizio dell'attività;
- che ai fini antimafia non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza, o sospensione di cui al dlgs 159/2011 (requisiti antimafia);
- di garantire il rispetto dell'applicazione degli artt. 109,119 e 129 del R.D. 1265/34;
- di aver rispettato i requisiti igienico-sanitari previsti dalla normativa vigente;
- 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.)
- 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 **30/03/2025**
- che l'attività verrà svolta nel rispetto dell'articolazione interna dei singoli locali/spazi con specificazione sull'utilizzo degli stessi (magazzino, area vendita, ecc...), come risultante nella planimetria allegata;

¹ Non sono soggetti al certificato di abitabilità gli edifici costruiti prima del 1942. Per gli edifici prima del 1965 sono esonerati solo quelli al di fuori della perimetrazione del centro urbano (verificare presso il Servizio Edilizia quale sia esattamente il perimetro a tali fini). Salvo in entrambi casi che non siano intervenute negli anni modifiche che implicano la modifica dell'abitabilità (es. ristrutturazione).

- (in caso di riduzione dei locali) che gli spazi della farmacia, sottratti all'espletamento dell'attività farmaceutica, saranno destinati all'effettuazione di servizi, senza che ciò rechi intralcio all'attività farmaceutica medesima

PER LE FARMACIE COMUNALI:

- che la **Direzione della farmacia è affidata** al/alla Dott./Dott.ssa Dentico Salvatrice

Iscritto all'Albo Professionale della Provincia di FIRENZE n.5034/17

Data di nascita 03/06/1989 Luogo di nascita Mussomeli (Prov.CL)

Cittadinanza italiana ovvero _____

Codice Fisc

D	N	T	S	V	T	8	9	H	4	3	F	8	3	0	J
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Residenza: Comune di Signa CAP 50058 (Prov. FI)

Via Garibaldi n. 1/B

ALLEGA

Planimetria in scala adeguata (di norma 1:50) 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*

eventuali altri allegati: _____

* *INDICARE con precisione nelle planimetrie e/o nella relazione tecnica le informazioni utili sulle caratteristiche dei locali (superfici, altezze, rapporti aereoilluminanti ecc...)*

CAMPI BISENZIO li 29/01/2025

Firma del titolare o legale rappresentante



Firma da apporre davanti all'impiegato oppure allegare fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.

**N. B. - L'AVVIO DELL'ATTIVITA' E' SUBORDINATA ALL'ISPEZIONE DELL'ASL AI
SENSI DELL'ART. 111 del R.D. 1265/34**

Parte riservata all'Ufficio comunale: pubblicazione per 15 gg. agli Albi

§ Albo Pretorio del Comune dal _____ al _____

§ Albo dell'Azienda Sanitaria dal _____ al _____

REFERENTI DELL'INTERESSATO

Il sottoscritto comunica di essersi avvalso delle prestazioni di

Tecnico incaricato **Società di Tecnici incaricati, rappresentata da**

Cognome PAGGINI _____ Nome CARLO _____

Data di nascita 27/05/1971 Luogo di nascita AREZZO _____ (Prov. AR)

Cittadinanza italiana ovvero _____

Codice Fiscale PGGCRL71E27A390E _____

Residenza: Comune di _AREZZO_____ CAP 52100 (Prov. AR)

Nr. Iscrizione _576 all'Ordine Professionale ARCHITETTI _____

della Provincia di AREZZO _____ ; eventuale ed ulteriore abilitazione specifica:

Tel. _____ Fax _____ Cell. _3336900384_____

E-mail carlo.paggini@gmail.com __ *barrare se e-mail con firma digitale*

Il sottoscritto comunica di essersi avvalso delle prestazioni di

ASSOCIAZIONE DI CATEGORIA: _____

o altro soggetto di riferimento: _____

Comune di _____ CAP _____ (Prov. _____)

Via/P.zza _____ n. _____

Cognome _____ Nome _____

Tel. _____ Fax _____ Cell. _____

E-mail _____ @ _____ *barrare se e-mail con firma digitale*