

FARMACIE



**Domanda di autorizzazione al
TRASFERIMENTO E/O AMPLIAMENTO LOCALI FARMACIE¹
NELL'AMBITO DELLA SEDE DI PERTINENZA**

(R.D. 27/7/34 n. 1265, L. 2/4/68 n. 475 e succ. modifiche, L. 8/11/91 n. 362, L.R. 12/84)
2 copie di cui una in bollo

AI SINDACO DEL COMUNE
di Ploaghe

ALLA A S L N.1 DI SASSARI

Loro sedi



Farmacia Privata



Farmacia comunale

Il sottoscritto Cognome Pinna Nome Salvatore
Data di nascita 09/02/1952 Luogo di nascita Ittiri (Prov. SS)
Cittadinanza italiana ovvero _____

Codice Fiscale

P N N S V T 5 2 B 0 9 E 3 7 7 Y

Residenza: Comune di Sassari CAP 07100 (Prov. SS)
Via/P.zza Strada vicinale trunconi n. 18

In qualità di ☒ **Titolare** ☒ **Legale rappresentante** _____

della ☒ **Farmacia Privata** ☐ **Farmacia comunale**
sita in Ploaghe Via/Piazza Corso G. Spano n. 49
CAP 07017 Tel. 079 449288 Fax _____
E-mail farm.pinna.ploaghe@tiscali.it Sede farmaceutica n. 1 della pianta
organica del Comune di Ploaghe

C.F.

0 2 6 8 4 8 1 0 9 0 2

P.IVA

0 2 6 8 4 8 1 0 9 0 2

¹ 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, deve essere pubblicata per quindici giorni consecutivi nell'albo dell'unità sanitaria locale e in quello del comune ove ha sede la farmacia.

denominazione o ragione sociale Farmacia Pinna S.A.S.
con sede legale ovvero [] amministrativa nel Comune di Ploaghe
(Prov. SS) Via/P.zza Corso G. Spano n. 48
CAP 07017
Iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di Sassari al n. 02684810902
Iscrizione al Tribunale di _____ al n. _____ (se prevista)

CHIEDE

Ai sensi della L.R. 12/1984 e successive modifiche ed integrazioni, l'attivazione dei procedimenti amministrativi diretti all'ottenimento di

AUTORIZZAZIONE

a:

☒ TRASFERIMENTO DEI LOCALI NELL'AMBITO DELLA SEDE DI PERTINENZA²

della Farmacia suddetta nei locali posti in Via/piazza Corso G. Spano
n. 117, che occupano una superficie totale di mq 247

☐ AMPLIAMENTO DI SUPERFICIE

della Farmacia suddetta nei locali dove svolge la propria attività, da mq. _____ a mq. _____, con acquisizione del n. civico _____ Via _____, assicurando il rispetto delle distanze dal più vicino esercizio similare (non inferiore a mt. 200 per la via pedonale più breve);

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

A TAL FINE DICHIARA

1. che i locali rispettano le distanze previste dalla normativa dalla più vicina farmacia (m 200 misurati per la via pedonale più breve - 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);
2. di garantire il rispetto dell'applicazione degli artt. 109, 119 e 129 del R.D. 1265/34;
3. di aver rispettato i requisiti igienico-sanitari previsti dalla normativa vigente;
4. 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.) .

²In caso di trasferimento dei locali, copia della presente domanda, compilata in ogni sua parte e senza gli allegati, deve essere presentata al Servizio Farmaceutico dell'Azienda socio-sanitaria locale n.1 Sassari - Sede legale: Via Alceo Catalocchino, 9/11 - Sassari e al Comune di Ploaghe Ufficio Albo Pretorio: _____, per l'affissione ai relativi albi, ai sensi della legge 2 aprile 1968, n. 475, art. 1 comma 5, così come modificata dalla L. 362/91.

5. 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 _____

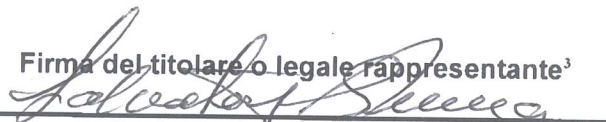
ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

1. **Planimetria** in scala adeguata (di norma 1:100) 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*
2. **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 aereoilluminanti ecc...)*
3. **copia del certificato di agibilità dei locali**
4. **Destinazione d'uso dei locali**
5. **Referto di affissione** dell'istanza all'Albo Pretorio del Comune e all'Albo dell'Azienda Sanitaria di Sassari (solo in caso di trasferimento locali all'interno della sede di pertinenza)
- 6 **Stralcio della pianta organica del comune di appartenenza**
- 7 eventuali altri allegati _____

Ploaghe _____

li 17/04/2023

Firma del titolare o legale rappresentante³



N. B.: IN CASO DI TRASFERIMENTO DEI LOCALI, 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.

N.B.: L'istanza ed ogni allegato alla stessa devono pervenire in duplice copia, di cui solo l'originale in bollo.

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

 Albo Pretorio del Comune dal _____ al _____

 Albo dell'Azienda Sanitaria dal _____ al _____

³ Ai sensi dell' art. 38 D.P.R. 445/2000, l'istanza può essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore