



0 1 23 019823 148 8

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, LR.12/84)
2 copie di cui una in bollo

AI SINDACO DEL COMUNE
di Tula

ALLA A.U.S.L N.1 .DI SASSARI

Loro sedi

Farmacia Privata

La sottoscritta Cognome [REDACTED] Nome [REDACTED] Data di nascita [REDACTED] Luogo di nascita
SASSARI (Prov. SS) Cittadinanza italiana

Codice Fiscale [REDACTED]

Residenza: [REDACTED]

In qualità di Legale rappresentante
della Farmacia Privata

sita in TULA CORSO REPUBBLICA n. 17 CAP 07010 Tel. 3804612074

E-mail farmaciabogliolotula@libero.it Sede farmaceutica n. UNICA della pianta organica del Comune
di TULA

C.F./P.IVA

0 | 2 | 4 | 2 | 2 | 3 | 0 | 0 | 9 | 0 | 1 |

denominazione o ragione sociale FARMACIA BOGLIOLO MARIA ELISA DI LOSENGO RENATA & C.
con sede legale ovvero [] amministrativa nel Comune di TULA (Prov. ss) CORSO REPUBBLICA 17
CAP 07010

Iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di SASSARI al n. REA SS-173972

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.

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 ASPRONI n.9-13, che occupano una superficie totale di mq 197

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.)
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 sono conclusi il 12/05/2025

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 (superficie, altezze, rapporti aeroilluminanti 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

² In 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 U.S.L. n.1 Sassari - Sede legale: Via Monte Grappa n. 82- Sassari e al Comune di _____ 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.

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. 1265/94

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

la sottoscritta [REDACTED]

ai sensi dell' art. 47 del DPR n. 445 del 28.12.2000, richiamato l'art. 76 dello stesso decreto, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, ,

DICHIARA

- La farmacia oggetto della presente istanza è ubicata in via ASPRONI n. 9-13 piano TERRA ed è contraddistinta al NCEU dai seguenti dati catastali:

Foglio di mappa 15 particella 349 sub. 5

- L'unità immobiliare, facente parte di più ampio complesso immobiliare, è stata realizzata conformemente alla concessione/licenza edilizia nr. 8/84 DEL 23/05/1984

•

L'immobile è stato oggetto di interventi e/o modifiche di cui ai sotto specificati atti di assenso [REDACTED] codice univoco [REDACTED]

- è STATA rilasciata dichiarazione Di AGIBILITÀ [REDACTED] DEL [REDACTED] dell'immobile

Con espresso riferimento alle dichiarazioni sopra rese e in conformità a quanto disposto dalla vigente normativa

DICHIARA ALTRESI

che la farmacia, oggetto della richiesta di autorizzazione, è in possesso dei requisiti previsti dalle specifiche norme nazionali, regionali, locali in materia di caratteristiche ambientali, agibilità, accessibilità.

Data 22/05/2025

Il Richiedente (1)



(1) La sottoscrizione deve essere autenticata con le modalità di cui all'art. 38 del DPR n. 445/2000 ad eccezione dei casi in cui la sottoscrizione sia apposta in presenza del dipendente incaricato di ricevere l'istanza ovvero l'istanza sia presentata o inviata unitamente a copia fotostatica, anche non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore

RICHIESTA DI VISITA PREVENTIVA

Farmacia

Deposito medicinali

Inviare via PEC al Servizio Farmaceutico A.S.L. n°1 di Sassari: 079/2062762

ASL

serv.farmaceuticoteritoriale@pec.es/sassari.it

La sottoscritta Cognome [REDACTED] Nome [REDACTED] Data di nascita [REDACTED] Luogo di nascita [REDACTED]
[REDACTED] (Prov. SS) Cittadinanza italiana

Codice Fiscale [REDACTED]

Immobile sito in TULA Via GIORGIO ASPRONI N. 9-13

Descrizione per identificazione:

Farmacia: BOGLIOLO MARIA ELISA DI LOSENGO RENATA & C.

Avendo ottenuto l'autorizzazione n. _____ del _____ rilasciata dal _____

per $\frac{1}{2}$ Apertura $\frac{1}{2}$ Trasferimento $\frac{1}{2}$ Ampliamento

- Farmacia

ed avendo approntato i locali conformemente a quanto descritto nella documentazione a corredo
dell'istanza di autorizzazione con la presente sono a chiedere la visita preventiva.
Come concordato telefonicamente confermo la data del

_____ / _____ / _____
giorno / mese / anno

I recapiti, per comunicazioni urgenti, sono:

Firma