

# RICHIESTA AUTORIZZAZIONE AL TRASFERIMENTO DEL DISPENSARIO FARMACEUTICO IN ALTRI LOCALI NELL'AMBITO DELLA PROPRIA SEDE FARMACEUTICA

- 2 copie di cui 1 in bollo -



Al Sindaco del comune

di PAULICATINO

alla ASL di Oristano  
via Carducci 41

(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)

Il sottoscritto: Cognome PORCHEMSU Nome CATERINA

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

Cittadinanza italiana ovvero \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residenza: Comune di \_\_\_\_\_ CAP 0 (Prov. 2)

Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

In qualità di

Titolare     Legale rappresentante     \_\_\_\_\_

Della Farmacia sita in ABBASANTA, Via/Piazza ANTONIO GUISSO n. 16

CAP 09071 Tel. 078552048 Fax \_\_\_\_\_

E-mail FARMACIASANTOMASO @ TISCALI.IT

C.Fisc \_\_\_\_\_

P. IVA 02113310904

Gestore del Dispensario Farmaceutico sito nel Comune di <u>PAULICATINO</u>	
Sito in Via/Piazza <u>MARIANO</u>	n. <u>1</u> CAP <u>09070</u>
Tel. <u>078552048</u>	E-mail <u>FARMACIASANTOMASO</u> @ <u>TISCALI.IT</u>
Autorizzato con Decreto Regionale n. <u>301</u>	del <u>29/02/2024</u>

ASL5 - Oristano  
Data: 07/11/2024 16:47:45 PG/2024/0050888

## CHIEDE

l'attivazione dei procedimenti amministrativi, diretti all'ottenimento dell'atto di AUTORIZZAZIONE a:

### TRASFERIMENTO DEI LOCALI NELL'AMBITO DELLA SEDE DI PERTINENZA

Dell Dispensario suddetto nei locali posti nel Comune di PAULICCIANO

in Via/piazza NAZIONALE n. 116

che occupano una superficie totale di mq 102

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 e che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti, uso di atti falsi, l'Amministrazione è obbligata a provvedere alla pronuncia di decadenza dell'autorizzazione già rilasciata,

## DICHIARA

- che i locali rispettano le distanze previste dalla normativa dalla più vicina farmacia (*m 200 misurati per la via pedonale più breve*);
- 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. n.1265/1934 e a tal fine fa presente che i lavori termineranno indicativamente il \_\_\_\_\_

## ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

1. **Planimetria** in scala adeguata (di norma 1:50) dei nuovi locali compresi quelli eventualmente separati dalla farmacia e adibiti a deposito, magazzino.
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'ASL di Oristano (solo in caso di trasferimento locali all'interno della sede di pertinenza)**
6. eventuali altri allegati \_\_\_\_\_

Pericoloso 11/6/11/24

Firma del titolare o legale rappresentante



**N. B. - 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.**

ASL5 - Oristano  
Data: 07/11/2024 16:47:45 PG/2024/0050888