

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 SINI

alla ASL di Oristano
via Carducci 35

(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 SULIS Nome MICHELE

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ (Prov. _____)

Cittadinanza italiana ovvero

Codice Fiscale _____

Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. _____)

Via/Piazza _____ n. _____

In qualità di

Titolare Legale rappresentante _____

Della Farmacia sita in GONNOSNO Via/Piazza ESO UMBERTO n. 27

CAP 09090 Tel. _____ Fax _____

E-mail farmaciasulis@aslati.it @ _____

C. Fisc _____ P. IVA 00049610958

Gestore del Dispensario Farmaceutico sito nel Comune di <u>SINI</u>	
Sito in Via/Piazza <u>P0220</u>	n. <u>25</u> CAP <u>09090</u>
Tel. <u>0783936147</u>	E-mail <u>farmaciasulis@aslati.it</u>
Autorizzato con Decreto Regionale n. <u>178</u>	del <u>17-2-19</u>

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 <u>SINI</u>	
in Via/piazza <u>CAGLIARI</u>	n. <u>17</u>
che occupano una superficie totale di mq <u>52,35</u>	

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 _____

GONNO SNO li 2-12-24

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.