

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE AL TRASFERIMENTO E/O
AMPLIAMENTO LOCALI FARMACIE**
(R.D. 1265/1934, L. n. 475/1968 e succ. modifiche, L. 362/1991, L.R. n. 12/1984)

Al Sindaco del comune di OLLASTRA

(2 copie di cui 1 in bollo)

Alla ASL di Oristano - SC Farmacia Territoriale

(2 copie di cui 1 in bollo)

(L'istanza deve essere pubblicata all'Albo Pretorio Comunale per 15 giorni consecutivi e copia deve essere inoltrata alla ASL ai fini della pubblicazione all'albo dell'Azienda Sanitaria)

Il sottoscritto: Cognome <u>URGU</u> Nome <u>DANIELA</u>
Data di nascita <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> Luogo di nascita _____ (Prov. <u> </u>)

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. <u> </u>)
Via/P.zza _____ n. _____
In qualità di <input checked="" type="checkbox"/> Titolare <input type="checkbox"/> Direttore (Società) Della <input checked="" type="checkbox"/> Farmacia Privata <input type="checkbox"/> Farmacia Comunale
sita in <u>OLLASTRA</u> , Via/Piazza <u>VIA LA MARMORA</u>
n. <u>64</u> CAP <u>09088</u> Tel. _____ Fax _____
E-mail <u>farmaciaurgu</u> @ <u>tiscali.it</u>
Sede farmaceutica n. <u>1</u> della pianta organica del Comune di <u>OLLASTRA</u>

C.Fisc

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

P. IVA

0	1	1	4	5	7	6	0	9	5	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

denominazione o ragione sociale <u>FARMACIA URGU DOTT.SSA DANIELA</u>
con sede legale ovvero <input type="checkbox"/> amministrativa nel Comune di <u>OLLASTRA</u>
(Prov. <u>OR</u>) Via/P.zza <u>VIA LA MARMORA</u> n. <u>64</u> CAP <u>09088</u>
Iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di <u>Oristano</u> al n. <u>134081</u>
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 dell'atto di **AUTORIZZAZIONE** a:

<input checked="" type="checkbox"/> TRASFERIMENTO DEI LOCALI NELL'AMBITO DELLA SEDE DI PERTINENZA
della Farmacia suddetta nei locali posti nel Comune di <u>OLLASTRA</u>
in Via/piazza <u>VIA GRAMSCI</u> n. <u>12</u>

che occupano una superficie totale di mq <u>95,16</u>
■ AMPLIAMENTO DI SUPERFICIE
della Farmacia suddetta nei locali dove svolge la propria attività, da mq. <u>59</u> a mq <u>95,16</u> , con
acquisizione del n. civico <u>12</u> Via <u>GRAMSCI</u> , assicurando il rispetto
delle distanze dal più vicino esercizio similare (non inferiore a mt. 200 per la via pedonale più breve);

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;
- 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 15/11/2024

ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

1. Fotocopia del documento di identità valido del richiedente e copia del codice fiscale;
2. Planimetria in scala adeguata (di norma 1:50) dei nuovi locali compresi quelli eventualmente separati dalla farmacia e adibiti a deposito, magazzino, con eventuale indicazione dello schema posizionamento delle attrezzature e arredi* sulla quale siano indicate le superfici, le superfici fenestrate e le altezze.
3. Provvedimento chiusura iter SUAPE ;
4. Relazione tecnica descrittiva dei locali, delle attività e delle attrezzature*
5. Destinazione d'uso dei locali e Certificato di agibilità dei locali;
6. Parere sanitario rilasciato dalla SC Igiene e sanità pubblica della ASL di pertinenza;
7. Contratto di locazione o di acquisto dei locali;
8. Eventuali altri allegati ritenuti pertinenti e/o rilevanti ai fini della richiesta
9. Certificato di avvenuta affissione Albo pretorio comune

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

OLLASTRA _____ lì 11/02/2025

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 ASSL 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.