



DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE AL TRASFERIMENTO FIO
AMPLIAMENTO LOCALI FARMACIE¹
NELL'AMBITO DELLA SEDE DI PERTINENZA
(R.D. 277/34 n. 1265, L. 2/4/88 n. 475 e succ. modificazione, L. 8/11/91 n. 302, L.R. 12/04)
2 copie di cui 1 in bollo -

ASL N. 5 - ORISTANO
Resp. Proc. FARMACIA TERZO
PERVENUTO IL
24 SET. 2013
Prot. n. 66733 del 25/09/13
Altri _____

AL Sindaco del Comune
Di ALES

Alla Azienda Sanitaria Locale N. 5
di Oristano

(L'istanza deve essere pubblicata all'Albo Pretorio Comunale e copia deve essere inoltrata alla ASL ai fini della pubblicazione all'Albo dall'Azienda Sanitaria)

Farmacia Privata

Farmacia Comunale

Il sottoscritto Cognome TUVERI Nome GRAZIELLA
Data di nascita 23/10/53 Luogo di nascita COLLINAS (Prov. CA)
Cittadinanza italiana ovvero ITALIANA

Codice fisc TUVERG2L5BR63C8824Y

Residenza: Comune di MASULLAS CAP 09090 (Prov. OR)
Via/P.zza NAZIONALE n. 100

In qualità di Titolare Legale rappresentante

Della farmacia privata farmacia comunale

sita in ALES Via/P.zza CATTEDRALE n. 49
CAP 09091 Tel. 0783 91644 Fax 0783 91644
E-mail TUVERIGRAZIELLA@TISCALI.IT Sede farmaceutica n. 1 della pianta
organica del Comune di ALES

C.F. TUVERG2L5BR63C8824Y

P.IVA 00514600956
00514600956

denominazione o ragione sociale FARMACIA TUVERI GRAZIELLA

¹ Ai sensi della Legge 2 aprile 1988, n.475, art. 1 comma 5, così come modificata dalla L. 302/91, 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.

con sede legale ovvero amministrativa nel Comune di ALES
 (Prov. OR) Via/P.zza CATTEDRALE n. 69 CAP 091091

Iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di ORISTANO al n. 52358

Iscrizione al Tribunale di _____ al n. _____ (se prevista)

CHIEDE

Ai sensi della L.R. 12/84 e successive modificazioni ed integrazioni, l'attivazione dei procedimenti amministrativi diretti all'ottenimento di

AUTORIZZAZIONE

a:

TRASFERIMENTO DI SEDE NELL'AMBITO DELLA SEDE DI PERTINENZA²

della Farmacia suddetta nei locali posti in Via/piazza CATTEDRALE n. 23,
 che occupano una superficie totale di mq. _____

AMPLIAMENTO DI SUPERFICIE

della Farmacia suddetta nei locali dove svolge la propria attività, da mq. _____ a mq. _____, con
 acquisizione del n. civico _____ in 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 m 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 termineranno indicativamente il 15/09/2013

E 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.5 di Oristano - Via Fossolo n.41-Oristano.

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, laboratorio con eventuale indicazione dello schema posizionamento delle attrezzature e arredi*
2. Relazione tecnica descrittiva dei locali, delle attività e delle attrezzature*
*Nella planimetria e/o nella relazione tecnica indicare con precisione le informazioni utili sulle caratteristiche dei locali (superfici, altezze, rapporti acustico-illuminanti, 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 Oristano (solo in caso di trasferimento locali all'interno della sede di pertinenza)
6. Eventuali altri allegati

ALES II _____

_____ *Firma del titolare o legale rappresentante**

Giuseppina Torres

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. 1285/34

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 depositata all'ufficio comunale pubblicazione ASL - 10/10/13

Pubblicato all'Albo Pretorio di questa Comune

Albo Pretorio del Comune dal 30-09-13 al 05-10-13

dal 30-09-13 al 05-10-13

Albo dell'Azienda Sanitaria ORISTANO

n. reg. 1133

Ales, il 20/09/13

Resp. Proc. UFFICIO FARMACIA

PERVENUTO IL

23 SET. 2013

Prot. n. 66734 del 21/09/13



3 Ai sensi dell'art. 30 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 in corso di validità, dal sottoscrittore.