

Servizio Aziende - ATTIVITÀ
Distretto di Oristano - Arrivato il
17 OTT 2013



FARMACIE

**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, L.R.12/84)
2 copie di cui 1 in bollo -

ASL N. 5 - ORISTANO
Resp. Proc. FARM TER
PERVENUTO IL
14 OTT. 2013
Prot. n. 72388 del 6 OTT. 2013
Altri _____

AL Sindaco del Comune
Di ORISTANO

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 dell'Azienda Sanitaria)

Farmacia Privata

Farmacia Comunale

Il sottoscritto Cognome MARROCCU Nome ANDREA
Data di nascita 28 / 09 / 1967 Luogo di nascita CAGLIARI (Prov. CA)
Cittadinanza italiana ovvero _____

Codice fisc

M	R	R	N	D	R	G	7	P	2	8	B	3	5	4	S
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Residenza: Comune di ORISTANO CAP 09170 (Prov. OR)
Via/P.zza VIA GIUSEPPE CAROVCCI n. 6

In qualità di Titolare Legale rappresentante
Della farmacia privata farmacia comunale

sita in ORISTANO Via/P.zza PIAZZA ELEONORA D'ARBorea n. 10/11
CAP 09170 Tel. 078311123 Fax 078371123
E-mail 16117 @pec.federfarma.it Sede farmaceutica n. 3 della pianta
organica del Comune di ORISTANO

C.F.

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

P. IVA

0	0	6	6	1	8	0	0	9	5	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

denominazione o ragione sociale FARMACIA SAN CARLO DELLA DOTT.SSA GIOVANNA CUBANDA & C. SN

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.

con sede legale ovvero amministrativa nel Comune di ORISTANO
(Prov. OR) Via/P.zza PIAZZA ELEONORA D'ARBOREA n. 10/11 CAP 09170

Iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di ORISTANO al n. 90016750953

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 VIA CAGLIARI (INGRESSO AL PUBBLICO) n. 221,
che occupano una superficie totale di mq 110 VIA SOLFERINO, 110 (INGRESSO DI SERVIZIO)

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 31-10-2013

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.5 di Oristano – Via Foscolo 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 aereoilluminanti ecc...)

3. **Copia del certificato di agibilità dei locali**

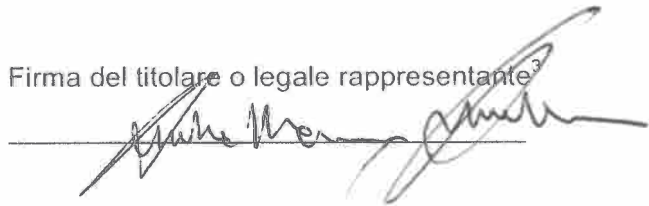
4. **Destinazione d'uso dei locali**

5. **Referto di affissione** dell'istanza all'Albo pretorio del Comune e all'Albo dell'Azienda Sanitaria di Oristano (solo in caso di trasferimento locali all'interno della sede di pertinenza)

6. Eventuali altri allegati _____

ORISTANO li 14-10-2013

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. 1265/34

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 riservata all'ufficio comunale: pubblicazione per 15gg 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 in corso di validità, dal sottoscrittore