

## FARMACIE

### DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE AL TRASFERIMENTO E/O AMPLIAMENTO LOCALI FARMACIE NELL'AMBITO DELLA SEDE DI PERTINENZA

(R.D. 277/34 n. 1265, L. 2/4/68 n. 475 e succ. modifiche, L. 8/11/91 n. 3625, L.R. 12/84)

2 copie di cui 1 in bollo

ASL N. 5 - ORISTANO  
Resp. Proc. FARMACIA TERR  
PERVENUTO IL  
27 AGO. 2014 *Or*  
Prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Altri \_\_\_\_\_

ASL5

Prot. 2014/57328 del 28/08/2014

Mitt.: FARMACIA SAN PALMERIO DI DANIELA

Ass.: Farmacia Territoriale



AL Sindaco del Comune  
di GHILARZA

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

La sottoscritta **SCACCHIA DANIELA,**

Nata a Nuoro (Prov. NU) il 02.06.1981,

Codice fiscale : SCC DNL 81H42 F979X,

Residente nel Comune di Macomer (NU) Via Caria Giannino n. 1,

in qualità di **legale rappresentante** della farmacia privata **sita in GHILARZA Corso Umberto I n. 150 CAP 09074** Tel. 0785 54094, E-mail : farmaciasanpalmerio@tiscali.it, sede farmaceutica n. \_\_\_\_\_ della pianta organica del Comune di Ghilarza, P. IVA n. : 01170620957, denominazione o ragione sociale: **Farmacia "San Palmerio" di Daniela Scacchia e C. S.a.s., con sede legale e amministrativa nel Comune di Ghilarza (Prov. OR) corso Umberto I n. 150,** iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di Oristano al n. 136066

### CHIEDE

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

### AUTORIZZAZIONE

a:

TRASFERIMENTO - RIENTRO, A SEGUITO DELL'ULTIMAZIONE DEI LAVORI DI RISTRUTTURAZIONE, NELL'AMBITO DELLA SEDE DI PERTINENZA della farmacia suddetta nei locali posti in Corso Umberto I n. 150, che occupano una superficie totale netta di mq. 109,66, così suddivisa:

- 1) Farmacia = mq. 60,32
- 2) Retro farmacia = mq. 16,02
- 3) Laboratorio = mq. 3,94
- 4) Disimpegno- magazzino = mq. 8,60
- 5) Disimpegno- deposito = mq. 17,91
- 6) W.C. = mq. 2,87
- 7) Ripostiglio esterno = mq. 6,92

Totale superfici utili interne = mq. 109,66 , superfici complessive mq. 116,58.

**Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti 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 la sede di trasferimento dista circa mt. 28 dalla farmacia (provvisoria) attuale, come da planimetria catastale allegata;
2. che la farmacia più vicina si trova ad una distanza di circa mt. 360 ;
3. di garantire il rispetto dell'applicazione degli artt. 109, 119 e 129 del R.D. 1265/34;
4. di aver rispettato i requisiti igienico-sanitari previsti dalla normativa vigente;
5. di essere consapevole della necessità di attivare ulteriori ed eventuali 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.);
6. 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 di ristrutturazione sono stati ultimati in data il 13.08.2014.

ALLEGA i seguenti documenti

1. Planimetria catastale indicante la posizione della farmacia attuale in ristrutturazione e quella oggetto di richiesta;
2. Pianta, stato attuale, dei nuovi locali in scala 1:100, con evidenziate le dimensioni e superfici aero-illuminanti;
3. Pianta, stato di progetto, con l'indicazione schematica del posizionamento delle attrezzature e arredi della farmacia;
4. Relazione tecnica descrittiva dei locali, delle attività e delle attrezzature;
5. Copia del certificato di agibilità dei locali;
6. Certificato di destinazione d'uso dei locali rilasciato dal Comune di Ghilarza
7. 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)

Ghilarza li 26.08.2014

Il legale rappresentante



**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 15 gg agli Albi:

- Albo Pretorio del Comune dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_