ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Sassari

DIPARTIMENTO DEL FARMACO
Servizio Farmacia Territoriale

Prot. n° NP/2021/1995

Spett. le S.C. Segreteria
Direzione Strategica, Affari
Generali e Atti Amministrativi

Sede

Oggetto: Richiesta Affissione Albo Pretorio della ASSL Sassari : Trasferimento Farmacia della Dott.ssa Maria Giovanna Bitti – Romana, dai locali di Via Umberto n. 19 a quelli di Via Kennedy n. 5 – Romana.

Sassari 18 Gennaio 2021

Si trasmette , allegata alla presente, copia dell'istanza presentata dalla Dott. ssa Maria Giovanna Bitti titolare della Farmacia Bitti, sita in Romana – attualmente in Via Umberto n. 19, con la quale chiede l'autorizzazione al trasferimento della Sede Farmaceutica nei locali di via Kennedy n° 5 – Romana, affinché venga affissa all'Albo Pretorio della ASSL di Sassari per la durata di 15 giorni.
Si comunica che l'istanza è completa dei documenti richiesti, che si trovano agli atti del Servizio Assistenza Farmaceutica di Sassari.

Distinti Saluti

Dott.ssa Rita Lucia Carta
Responsabile del Servizio
Farmaceutico Territoriale

e-mail : farmaciaterritoriale.sassari@atssardegna.it

a.s./c.a.c.

sl

Apporre marca da bollo

Ministero dell'Economia e delle Finanze
Agenzia Entrate
MARCA DA BOLLO
€16,00
SEDICI/00
00010539 000046A8 WDRY5D01
00002397 28/12/2020 10:22:37
4578-0008R 893D005DE3C63825
IDENTIFICATIVO : 01D9016878793 4

FARMACIE

Domanda di autorizzazione al
TRASFERIMENTO E/O AMPLIAMENTO LOCALI FARMACIE[1]
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 una in bollo

Al SINDACO DEL COMUNE
di ROMANA

→ ALLA A.U.S.L N.1 .DI SASSARI

Loro sedi

Farmacia Privata X Farmacia comunale

Il sottoscritto Cognome BITTI Nome GIOVANNA MARIA
Data di nascita 27/12/1984 Luogo di nascita SASSARI (Prov. SS)
Cittadinanza italiana ovvero

Codice Fiscale BTTGNN84T67I452D

Residenza Comune di MARA CAP 07010 (Prov. SS)
Via/~~Piazza~~ GUIDO ROSSA n. 4

in qualità di X Titolare Ÿ Legale rappresentante Ÿ

della X Farmacia Privata Ÿ Farmacia comunale

sita in ROMANA Via/~~Piazza~~ UMBERTO n. 13
CAP 07010 Tel. 079 92 40 07 Fax 079 92 40 07
E-mail bittigio@live.it Sede farmaceutica n. 1 della pianta organica del Comune di ROMANA

[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.

COMUNE DI ROMANA - arrivo - Prot. 4388/PROTO del 28/12/2020 - titolo VIII - classe 04

C.F. BTTGNN84T67I452D P.IVA 02703410908

denominazione o ragione sociale FARMACIA DELLA DOTTSSA GIOVANNA MARIA BITTI

con sede legale ovvero [ ] amministrativa nel Comune di ROMANA

(Prov. SS) Via/~~Pzza~~ UMBERTO n. 13

CAP 07010

Iscritta al Registro imprese della C.C.I.A.A. di SASSARI al n. SS 197738

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 di

AUTORIZZAZIONE

a:

X **TRASFERIMENTO DEI LOCALI *NELL'AMBITO DELLA SEDE DI PERTINENZA*[2]**

della Farmacia suddetta nei locali posti in Via/~~piazza~~ KENNEDY

n. 5 , che occupano una superficie totale di mq 62

Ÿ **AMPLIAMENTO DI SUPERFICIE**

~~della Farmacia suddetta nei locali dove svolge la propria attività, da mq._____ a mq._____, con acquisizione del n. civico _____ 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 mt. 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, denuncie 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.)

---

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.1 Sassari - Sede legale: Via Monte Grappa n. 82- Sassari e al Comune di _____ Ufficio Albo Pretorio: _____, per l'affissione ai relativi albi, ai sensi della legge 2 aprile 1968, n. 475, art. 1 comma 5, così come modificata dalla L. 362/91.

COMUNE DI ROMANA - arrivo - Prot. 4388/PROTO del 28/12/2020 - titolo VIII - classe 04

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 _____.

ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

1. Planimetria in scala adeguata (di norma 1:100) 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*

* *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. y Referto di **affissione** dell'istanza **all'Albo Pretorio del Comune** e all'Albo dell'Azienda Sanitaria di **Sassari** *(solo in caso di trasferimento locali all'interno della sede di pertinenza)*
6. **Stralcio della pianta organica del comune di appartenenza**
7. eventuali altri allegati _____

Romana li 28 / 12 / 2020

Firma del titolare o legale rappresentante[3]

Giuseppina Maria Bella

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**.

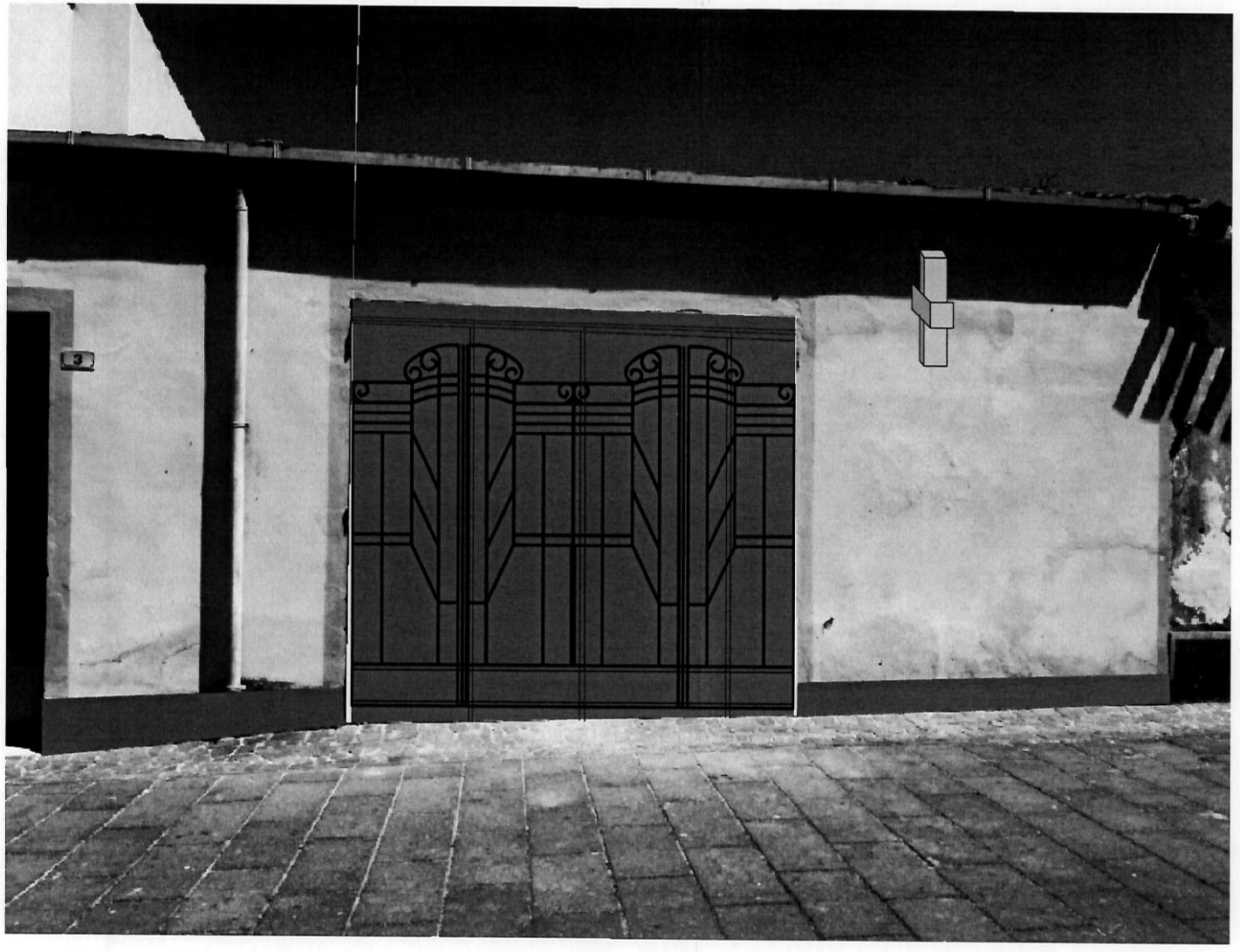
Parte riservata all'Ufficio comunale: pubblicazione per 15 gg. agli Albi

- *Albo Pretorio del Comune dal* _____ *al* _____
- *Albo dell'Azienda Sanitaria dal* _____ *al* _____

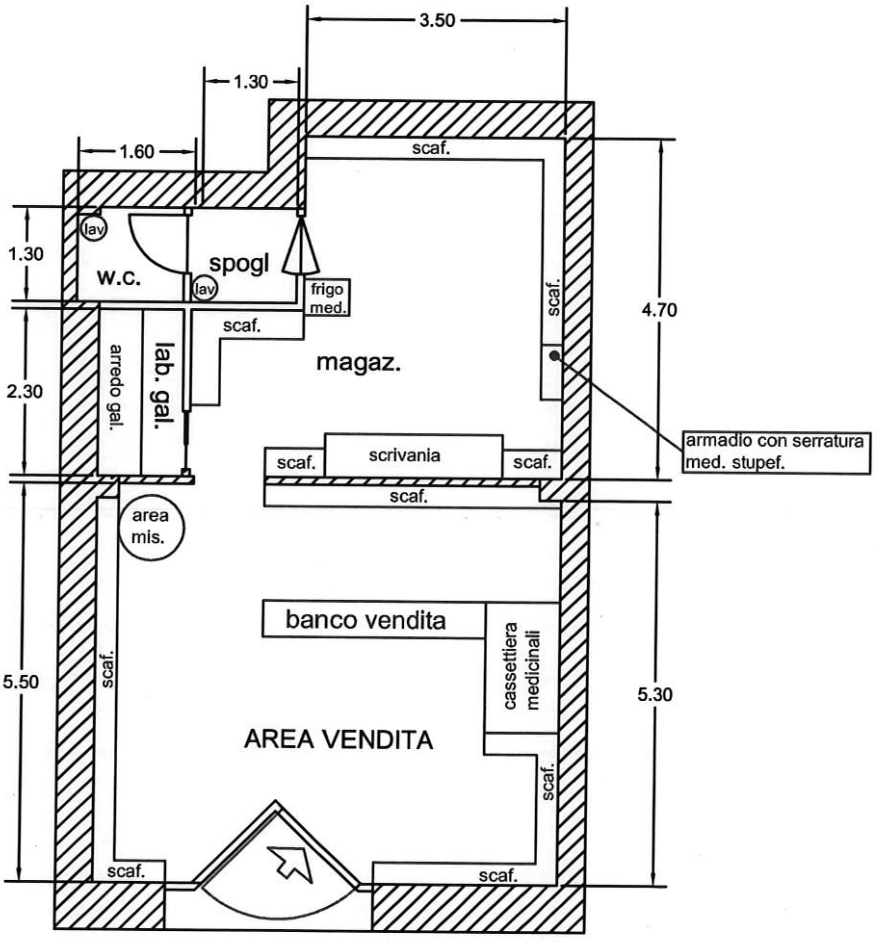
3 Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445/2000, l'istanza può essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore

COMUNE DI ROMANA - arrivo - Prot. 4388/PROTO del 28/12/2020 - titolo VIII - classe 04

SIMULAZIONE FOTOGRAFICA PROSPETTO A SEGUITO DELL'INTERVENTO



PLANIMETRIA ARREDI



REPUBBLICA ITALIANA
MINISTERO DELL'INTERNO
CARTA DI IDENTITÀ / *IDENTITY CARD*
COMUNE DI / *MUNICIPALITY*
MARA

CA50777DQ

COGNOME / *SURNAME*
BITTI
NOME / *NAME*
GIOVANNA MARIA
LUOGO E DATA DI NASCITA
PLACE AND DATE OF BIRTH
SASSARI (SS) 27.12.1984
SESSO / *SEX*: F
STATURA / *HEIGHT*: 168
CITTADINANZA / *NATIONALITY*: ITA
EMISSIONE / *ISSUING*: 22.03.2019
SCADENZA / *EXPIRY*: 27.12.2029
FIRMA DEL TITOLARE
HOLDER'S SIGNATURE

189582

REPUBBLICA ITALIANA
TESSERA SANITARIA
CARTA REGIONALE DEI SERVIZI

Codice Fiscale BTTGNN84T67I452D
Sesso F
Cognome BITTI
Nome GIOVANNA MARIA
Luogo di nascita SASSARI
Provincia SS
Data di nascita 27/12/1984
Data di scadenza 06/10/2022

Dati sanitari regionali
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Da "bgm1312ss2350" <bgm1312ss2350@pec.fofi.it>

A "serv.farmaceuticoterritoriale@pec.aslsassari.it" <serv.farmaceuticoterritoriale@pec.aslsassari.it>, "salarisandre@pec.it" <salarisandre@pec.it>

Data lunedì 28 dicembre 2020 - 11:33

richiesta affisione all'albo Trasferimento sede farmacia Bitti di Romana

---

Buongiorno, in allegato richiesta Domanda di autorizzazione al trasferimento locali Farmacia Della Dott,ssa Bitti Giovanna Maria con sede a Romana (ss) Via Umberto 19
Saluti 3408680854

Allegato(i)

DOMANDA TRASFERIMENTO FARMACIA.pdf (1487 KB)