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.12/64)

(3 copie di cui 1 in bollo –

COMUNE DI MASULLAS (OR)
Tipo Protocollo: Arrivo
n. 0002563 del 11-06-2019
Alle ore 13:34:14
Cat.:1 - Cl.:18

11 GIU. 2019

Al Sindaco del Comune
Di MASULLAS

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 X

Farmacia Comunale

Il sottoscritto Cognome LISU Nome FABRIZIO
Data di nascita 14 11 1977 Luogo di nascita CAGLIARI Prov. CA
Cittadinanza italiana ovvero

Codice fisc LSIFRZ77S14B354R

Residenza. Comune di CARBONIA CAP 09013 (Prov. SU
Via/~~Piazza~~ TOSCANA n. 6/6

In qualità di X Titolare — Legale rappresentante

Della — farmacia privata — farmacia comunale

sita in MASULLAS. Via/~~Piazza~~ NAZIONALE n.
CAP 09090 Tel. 0783 990137 Fax 0783 990137
E-mail FARMACIALISU @ TISCALI.IT Sede farmaceutica n. 1 della pianta organica del Comune di MASULLAS

C.F. LSIFRZ77S14B354R P. IVA 03768120929

Denominazione o ragione sociale FARMACIA LISU DEL DOT. FABRIZIO LISU

[illegible]

con sede legale ovvero [ ] amministrativa nel Comune di CARBONIA
(Prov. SU) Via/~~P.zza~~ TOSCANA n. [illegible] CAP 09013

Iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di ORISTANO al n. 139804

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

2

[X] TRASFERIMENTO DI SEDE NELL'AMBITO DELLA SEDE DI PERTINENZA[3]
della Farmacia suddetta nei locali posti in Via/~~piazza~~ FOIS n. SNC
che occupano una superficie totale di mq 83,3 + 23,44 = 106,74

[ ] 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, 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.)

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 _____

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 alla 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_____

MASULLAS 11-06-2019

Firma del titolare o legale rappresentante
Fabrizio Frau

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 solo firmatario