

Coordinamento Sportelli Unici <i>Sistema Gestione Qualità</i>	Modulistica Sanità – Farmacie – avvio - nuova apertura Nome file: <i>SUAPM158r01</i>	Numero M 158
		Pag.
	Rev. 01 del 14/04/04	

Istruzioni per l'interessato:

Modello per la presentazione della richiesta di autorizzazione per l'avvio di attività di farmacia ai sensi del R.D.27/7/34 n. 1265 e success. modif., L.2 /4/68 n. 475 e success. modif. e integr., L.8/11/91 n.362 e della normativa regionale in materia.

Istruzioni per il Comune:

Effettuare la verifica formale della documentazione e trasmettere la documentazione alla ASL per l'acquisizione del relativo parere. E' ammessa la procedura mediante autocertificazione ai sensi dell'art. 6 DPR 447/1998.

Modalità di consegna:

- via fax
- firma digitale
- al Protocollo generale o dell'ufficio ricevente
- posta ordinaria

REVISIONI			
N° REV.	DATA REV.	DESCRIZIONE	Note
00	Non revisionati	Modelli di precedenti edizioni	Non utilizzare ulteriormente. Le domande sono comunque accoglibili purchè complete nelle dichiarazioni e nella documentazione allegata.
01	14/04/2004	Prima emissione	Modello valido su tutto il territorio nazionale (salvi i modelli predisposti in base alla specifica normativa regionale).
Verifica Firma Resp:		Approvazione Firma Direzione:Provincia di Firenze	Emissione Firma RQ: Data:
<i>Dott.ssa Giuliana Benestante</i> g.benestante@comune.scandicci.fi.it		<i>Dott. Enno Ghiandelli</i> e.ghiandelli@provincia.fi.it	<i>Dott. Simone Chiarelli</i> suap@regione.toscana.it

Coordinamento Sportelli Unici <i>Sistema Gestione Qualità</i>	Modulistica	Numero	M 158
	Sanità – Farmacie – avvio - nuova apertura	Pag.	
	Nome file: <i>SUAPM158r01</i>	Rev. 01	del

CHIEDE

L'attivazione dei procedimenti amministrativi diretti all'ottenimento dell'autorizzazione per

Apertura di Farmacia denominata _____
di cui al (*citare l'atto*) _____ atto n. _____ del _____
relativo all'assegnazione della Sede Farmaceutica n. _____ della pianta organica del Comune con
sede indicata nella prima pagina della presente istanza

A TAL FINE DICHIARA

- che con il rilascio dell'atto di cui al presente procedimento il sottoscritto risulterà titolare dell'esercizio di una sola farmacia sull'intero territorio nazionale;
- di essere Iscritto all'Albo Professionale della Provincia di _____
- di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso che impediscano l'esercizio dell'attività;
- che ai fini antimafia non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza, o sospensione di cui all'art. 10 della Legge 575/1965 (requisiti antimafia);
- di aver rispettato i requisiti igienico-sanitari previsti dalla normativa vigente;
- 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.)
- che provvederà a concordare con l'Azienda Sanitaria l'ispezione di cui all'art. 111 del R.D.1265/34 e a tal fine fa presente che i lavori termineranno indicativamente il _____
- che la decorrenza degli effetti economici è dal _____

INDICAZIONI DELL'ISTITUTO BANCARIO NONCHE' DEL CONTO CORRENTE SUL QUALE ACCREDITARE LE COMPETENZE:

DICHIARA

- che l'immobile e le strutture oggetto della presente dichiarazione possiedono i requisiti urbanistico-edilizi, igienico-sanitari, di sicurezza per l'esercizio dell'attività.

ATTENZIONE: in caso di dubbio sul possesso dei requisiti NON presentare la presente e chiedere informazioni presso l'Amministrazione competente e/o i propri professionisti di fiducia

- di avere rispettato le norme igienico-sanitarie previste nel vigente regolamento comunale in materia
- che la disponibilità dell'area/locali è avvenuta per:
(barrare solo la casella corrispondente al titolo certificante il proprio diritto)
 compravendita affitto conferimento d'azienda scissione d'azienda
 scioglimento con conferimento fusione comodato

- che l'attività verrà svolta nel rispetto di quanto previsto dalla normativa nazionale, regionale e comunale in materia;

Lavoratori in servizio:

Uomini n. _____ Donne n. _____
Specializzati n. _____ Apprendisti n. _____
Port. handicap n. _____

Eventuali future assunzioni in servizio:

Uomini n. _____ Donne n. _____
Specializzati n. _____ Apprendisti n. _____
Port. Handicap n. _____

Coordinamento Sportelli Unici <i>Sistema Gestione Qualità</i>	Modulistica Sanità – Farmacie – avvio - nuova apertura Nome file: SUAPM158r01	Numero M 158
		Pag.
		Rev. 01 del 14/04/04

Il sottoscritto inoltre **DICHIARA:**

- di avere titolo, legittimazione e possesso dei requisiti per la presentazione della presente istanza e dei relativi endoprocedimenti;
- di essere a conoscenza che ogni comunicazione relativa ai procedimenti attivati potrà essere inoltrata anche per il tramite dei professionisti indicati nel presente modello sia mediante trasmissione ordinaria (lettera) che mediante fax, email o altro sistema di comunicazione.

(IN CASO DI CITTADINO STRANIERO)

- di essere in possesso di **permesso di soggiorno** per _____
 _____ (specificare il motivo del rilascio) n° _____
 rilasciato da _____ il _____ con validità fino al _____
- di essere in possesso di **carta di soggiorno** n° _____ per _____
 _____ (specificare il motivo del rilascio) n° _____ rilasciato da _____
 il _____ con validità fino al _____

ALLA PRESENTE ISTANZA ALLEGA

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*

Relazione tecnica descrittiva dei locali, delle attività e delle attrezzature*

Versamento diritti di istruttoria

eventuali altri allegati _____

* **INDICARE con precisione nelle planimetrie e/o nella relazione tecnica le informazioni utili sulle caratteristiche dei locali (superfici, altezze, rapporti aereoilluminanti ecc...)**

N. B. - L'AVVIO DELL'ATTIVITA' E' SUBORDINATA ALL'ISPEZIONE DELL'ASL AI SENSI DELL'ART. 111 del R.D. 1265/34

_____ li _____
 (luogo) (data)

L'interessato

Firma da apporre davanti all'impiegato oppure allegare fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità

NOTA - L'attività può essere iniziata SOLTANTO DOPO IL RILASCIO DELLA AUTORIZZAZIONE