Istruzioni per l'interessato:
Modello per la presentazione della richiesta di autorizzazione per trasferimento e ampliamento 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.
Il SUAP trasmette copia della istanza: alla ASL per il rilascio del relativo parere, alla ASL (ufficio competente) per la pubblicazione all'ALBO dell'Azienda, all'Albo Pretorio Comunale ai fini della pubblicazione prevista per legge.

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: _____
Dott.ssa Giuliana Benestante *g.benestante@comune.scandicci.fi.it*	*Dott. Enno Ghiandelli* *e.ghiandelli@provincia.fi.it*	*Dott. Simone Chiarelli* *suap@regione.toscana.it*

SANITÀ – FARMACIE – VARIAZIONI NON SOGGETTE AD AUTORIZZAZIONE

[ ] Farmacia privata **[ ] Farmacia comunale**

SUAP di _____

_____

2 copie in carta semplice

ovvero (se non gestiti dal SUAP)

_____

_____

2 copie in carta semplice

Il sottoscritto quale [ ] proprietario [ ] esercente attività comunica i seguenti dati

PROPRIETARIO DEGLI IMMOBILI/TERRENI:

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ (Prov. ____)
Cittadinanza italiana ovvero _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. _____)
Via/P.zza _____ n. _____
Tel. _____ cell. _____ Fax _____
E-mail _____@_____ *[ ] barrare se certificata*

Altri comproprietari: _____
_____
_____

Impianto sito in _____

Via/P.za _____ n. _____

Descrizione per identificazione: _____

_____

[ ] catasto terreni [ ] catasto fabbricati - Foglio di mappa _____

particella/e _____sub. _____

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

SOGGETTO CHE ESERCITA ATTIVITA' NEGLI IMMOBILI:

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ (Prov. ____)
Cittadinanza italiana ovvero _____

Codice Fiscale [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. _____)
Via/P.zza _____ n. _____
Tel. _____ cell. _____ Fax _____
E-mail _____@_____ *[ ] barrare se certificata*

[ ] Titolare della impresa individuale **[ ] Legale rappresentante della Società**
[ ] Proprietario/comproprietario **[ ] Affittuario**
[ ] Presidente _____ **[ ] _____**

C.Fisc [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] P.IVA [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Denominazione o Ragione Sociale _____
con sede legale ovvero [ ] amministrativa nel Comune di _____
(Prov. _____) Via/P.zza _____ n. _____
CAP _____ Tel. _____ Fax _____
E-mail _____@_____ *[ ] barrare se certificata*
Iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di _____ al n. _____
Iscrizione al Tribunale di _____ al n. _____ *(se previsto)*

REFERENTI DELL'INTERESSATO

Il sottoscritto comunica di essersi avvalso delle prestazioni di

[ ] Tecnico incaricato [ ] Società di Tecnici incaricati, rappresentata da

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ (Prov. ____)
Cittadinanza italiana ovvero _____

Codice Fiscale [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. _____)
Nr. Iscrizione _____ all'Ordine Professionale degli _____
della Provincia di _____ ; eventuale ed ulteriore abilitazione specifica:
_____
Tel. _____ Fax _____ Cell. _____
E-mail _____@_____ *[ ] barrare se certificata*

Il sottoscritto comunica di essersi avvalso delle prestazioni di

ASSOCIAZIONE DI CATEGORIA: _____
o altro soggetto di riferimento: _____

Comune di _____ CAP _____ (Prov. _____)
Via/P.zza _____ n. _____
Cognome _____ Nome _____
Tel. _____ Fax _____ Cell. _____
E-mail _____@_____ *[ ] barrare se certificata*

COMUNICA

La **variazione non soggetta ad autorizzazione** (specificare la variazione intervenuta):

_____

_____

_____

_____

[ ] il nuovo Direttore tecnico è Dott. _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ (Prov. ____)

Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. _____)

Via/P.zza _____ n. _____

è Iscritto all'Albo Professionale della Provincia di _____

che acconsente alla nomina di Direttore della Farmacia _____

Firma del Direttore *(per accettazione)**

_____

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

*** firma non obbligatoria per le farmacie comunali**

[ ] la trasformazione della gestione ereditaria a decorrere dalla data del _____ in _____ con i seguenti dati:

LEGALE RAPPRESENTANTE: Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ (Prov. ____)

Cittadinanza italiana ovvero _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. _____)

Via/P.zza _____ n. _____

C.Fisc | | | | | | | | | | | | | | | | **P.IVA** | | | | | | | | | | | |

denominazione o ragione sociale _____

con sede legale ovvero [ ] amministrativa nel Comune di _____

(Prov. _____) Via/P.zza _____ n. _____ CAP _____

Iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di _____ al n. _____

Iscrizione al Tribunale di _____ al n. _____ *(se prevista)*

ALLEGA

[ ] _____

_____

_____ lì _____

L'INTERESSATO

_____

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