

SUAP

1	ESTREMI DI ISCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE	
	Modalità di inoltro via telematica	
	Al SUAP del Comune di	
	(°) NUMERO ASSEGNATO ALLA PRATICA	

(°) a cura del Comune

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE per

**TRASFERIMENTO-AMPLIAMENTO/RIDUZIONE/MODIFICA LOCALI FARMACIA
nell'ambito della sede di pertinenza**

Il sottoscritto, consapevole che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e che, se dal controllo effettuato, emergerà la non veridicità del contenuto di quanto dichiarato, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (Art. 75 e 76 dpr 28.12.2000 n. 445)

CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE RELATIVAMENTE A:

	Codice	Nome attività	Oggetto
0		FARMACIA PRIVATA COMUNALE	TRASFERIMENTO SEDE AMPLIAMENTO RIDUZIONE MODIFICA INTERNA/DESTINAZIONI USO

ED A TAL FINE DICHIARA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445 QUANTO SEGUE:

A1	DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE			
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza		n.	
	Tel.	Fax	Cod. fisc.	
	Indirizzo email			
A2	IN QUALITA' DI			
	Titolare della impresa individuale		Legale rappresentante	
A3	DELLA			
	Forma giuridica *		Denomin.**	
	Sede amministrativa nel Comune di			Prov.
	Sede legale nel Comune di ***			Prov.
	Via/piaz.		N. civico	CAP
	Iscritta al Registro delle Imprese della CCIAA di		N. iscrizione registro	
	Iscritta al Tribunale di		N. iscrizione	
	Partita IVA		Codice Fiscale	
	In possesso dell'Autorizzazione alla titolarità della FARMACIA SEDE FARMACEUTICA N. del comune di			
	rilasciata da (REGIONE/COMUNE/SUAP) : con ATTO n del			
	☒ che la Direzione della farmacia è attualmente affidata al dr. Cognome/nome _____ cod fisc _____ Nato a _____ il _____ Residente a _____			
	Note: * SNC, SAS, SRL, etc.; ** inserire la denominazione per esteso della società (ditta) richiedente con quale l'impresa svolge la propria attività; *** In caso di impresa individuale compilare se l'indirizzo della sede è diverso dalla residenza indicata nel quadro A1			

B	INDIRIZZI A CUI FAR PERVENIRE LE COMUNICAZIONI			
	Via	Comune	Prov.	CAP
	Email	Telef	Cellulare	Fax
	Indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC)			

C	TIPOLOGIA DI INTERVENTO PER CUI SI RICHIEDE AUTORIZZAZIONE (BARRARE LA CASISTICA INTERESSATA E COMPILARE LE APPOSITE SEZIONI)
C1	TRASFERIMENTO LOCALI DELLA FARMACIA DA: Via _____ n. civico/i _____ Comune _____ Prov. _____ CAP _____ Sede e locali attualmente autorizzati con AUT. UNICA rilasciata da _____ del _____ (annotare autorizzazione locali in corso di validità) A: Via _____ n. civico/i _____ Comune _____ Prov. _____ CAP _____
C2	AMPLIAMENTO LOCALI DELLA FARMACIA RIDUZIONE LOCALI DELLA FARMACIA (1) MODIFICA INTERNA /DESTINAZIONI D'USO LOCALI DELLA FARMACIA (2) Ubicata Via _____ n. civico/i _____ Comune _____ Prov. _____ CAP _____ Da mq _____ a mq _____ Con acquisizione del numero civico/i n. _____ Via _____ , Con cessione del numero civico/i n. _____ Via _____ , Sede e locali attualmente autorizzati con AUT. UNICA rilasciata da _____ del _____ a seguito di Parere Igienico sanitario favorevole rilasciato da _____ prot _____ del _____ (indicare le autorizzazione locali in corso di validità) (1) in caso di riduzione locali dichiara che gli spazi della farmacia, sottratti all'espletamento dell'attività farmaceutica rispetto alla autorizzazione in corso di validità, saranno destinati a: _____ _____ senza che ciò rechi intralcio, impedimento o interferisca negativamente nello svolgimento dell'attività farmaceutica medesi- ma. 2) in caso di modifica interna /destinazioni d'uso dei locali rispetto all'autorizzazione igienico sanitaria in corso di validità dichiara che le modifiche rientrano nell'ambito dell'espletamento di attività farmaceutica e riguardano: _____ _____ _____
	Per tutti i casi ☒ così come meglio rappresentato dalla relazione tecnica descrittiva e planimetria allegate

D1	DATI RIFERITI AL FABBRICATO/UNITA' IMMOBILIARE/TERRENO/ IN CUI SI SVOLGERA' L'ATTIVITA'				
	Indirizzo Via/P.za _____		Civico _____	Piano/scala/interno _____	
	Comune _____		Prov. _____	CAP _____	
	Altri eventuali ingressi del locale (specificare n. ingressi e n. civici se presenti)				
	Eventuale denominazione dell'insegna di esercizio				
	Dati catasto: Categ. _____		Classe _____	Foglio _____	Numero _____
	Destinazione d'uso _____		Dest. urbanistica di zona _____		
	Detenuto a titolo di _____		*Indicare i dati del proprietario dell'immobile _____		
	☐ Proprietà ☐ Affitto* ☐ Altro*				

RIEPILOGO DEI REQUISITI DEL FABBRICATO/UNITÀ IMMOBILIARE/TERRENO E DEGLI IMPIANTI - DICHIARAZIONI			
☐ che il fabbricato/unità immobiliare/terreno in cui si svolgerà l'attività, e gli impianti che saranno utilizzati, sono in regola con le vigenti norme in materia igienico-sanitaria, edilizia, urbanistica, sicurezza, agibilità, destinazione d'uso dei locali, prevenzione incendi e sono conformi alle normative di settore inerenti allo svolgimento dell'attività.			
☐ che il fabbricato e/o l'unità immobiliare utilizzato per l'attività è agibile. Indicare i dati di riferimento. (Es. data di deposito, numero di protocollo, ecc.)			
☐ che la superficie complessiva in cui si svolgerà l'attività è di mq (specificare): _____			
D2	di essere già in possesso delle seguenti autorizzazioni, nulla osta, permessi, ecc.		
	(inserire quelli riferiti al fabbricato/unità immobiliare/terreni etc):		
	Tipologia atto	Ente che lo ha rilasciato	Num. atto
			Note

D3	DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITÀ		
	Il sottoscritto dichiara, per la Farmacia oggetto di tale domanda :		
	Sede Farmaceutica n. _____		Comune di _____
	Inserito in un centro commerciale		
	☐ SI ☐ NO Denominato : _____		
	☐ aut locali in corso N. _____	Data rilascio _____	Rilasciato da _____ ☐ trasferimento in via di autorizzazione
	Nel locale viene svolta altra attività: ☐ NO ☐ SI = Specificare : _____		
	☒ che i locali in cui si svolgerà l'attività sono situati nell'ambito della pianta organica/zona individuata dal Comune con Delibera _____ recepita dal (estremi atto) di _____ n _____ del _____		
	☒ che i locali sono situati ad una distanza non inferiore a 200 metri da quelli di altre farmacie. La distanza è misurata per la via pedonale più breve tra soglia e soglia delle farmacie.		
	☒ che l'attività verrà svolta nel rispetto dell'articolazione interna dei singoli locali/spazi con specificazione sull'utilizzo degli stessi (magazzino, area vendita, zona laboratorio etc), come risultante da relazione e planimetria allegata;		
	☒ che la farmacia (nuovi locali), oggetto della richiesta di autorizzazione, è in possesso dei requisiti previsti dalle specifiche norme nazionali, regionali, locali in materia di caratteristiche ambientali, agibilità, accessibilità; ecc.;		
	☒ di aver rispettato i requisiti igienico sanitari previsti dalla normativa vigente con particolare riferimento a quanto previsto Decreto Dirigenziale della Regione Toscana n. 7225 del 18/12/2002 Allegato B "Indirizzi tecnici di igiene edilizia per i locali e gli ambienti di lavoro";		
	☒ che i locali sono dotati di sistema impiantistico ambientale che assicura la corretta conservazione dei medicinali e materie prime a temperatura costante (24h/24h) T =< 25 °C e che viene assicurata una % di 'umidità ottimale (intorno a 50%)		
	☒ che esiste una modalità di rilevazione delle temperature ambientali e relativo sistema di allarme in caso di scostamento significativo della temperatura sopra 25°C, ovvero il sistema impiantistico ambientale consente, in caso di superamento delle temperature previste, di intervenire prontamente per la verifica ed il ripristino.		
	☒ i frigoriferi sono dedicati ed idonei alla conservazione di medicinali e consentono il mantenimento in continuo 24h/24h a temperature controllate così come risulta dall'allegato alla presente istanza e facente parte integrante della stessa "Dichiarazione attività galenica"		
☒ che il locale (o zona) destinata all'allestimento delle preparazioni galeniche è conforme alle Norme di Buona Preparazione (NBP) della Farmacopea XII ed. e ss.mm. o al DM 18/11/2003 o NBP semplificate; a tal fine allega l' apposita "Dichiarazione attività galenica" per l'inquadramento dei requisiti previsti dalle NBP			
☒ di garantire il rispetto della normativa vigente sulle Farmacie			
☒ di concordare con l'Azienda Sanitaria l'ispezione di cui all'art. 111 del R.D. 1265 del 1934, al cui esito positivo è subordinato l'avvio dell'attività e a tal fine fa presente che i lavori termineranno indicativamente il _____			
☒ 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			

E	REFERENTI DELL'INTERESSATO			
	Il sottoscritto dichiara di essersi avvalso delle prestazioni di:			
	tecnico incaricato		società di tecnici incaricati, rappresentata da:	
	Cognome		Nome	
	Cittadinanza		C. F.	
	Data di nascita		Luogo di nascita	
	Studio nel: Comune di		CAP	
	Via/p.zza		n.	
	Tel		Cell.	
	Fax		e-mail (con firma digitale)	
	Nr. Iscriz.		All'ordine professionale degli Della Prov. di	
	Eventuale e ulteriore abilitazione specifica:			

F	REQUISITI PERSONALI del RICHIEDENTE			
F	REQUISITI DI ONORABILITA'			
	di essere in possesso dei requisiti morali previsti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'attività;			
	che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza o sospensione previste dal D.Lgs 6 settembre 2011 n. 159 (Codice delle leggi antimafia).			
	Trattandosi di società od organismi collettivi di cui art. 2 comma 3 del D.P.R. 03.06.1998, n. 252 si allega alla presente N.			
E	DICHIARAZIONI COMPILATE di cui all'allegato 1.			
	Solo PER LE FARMACIE COMUNALI E /O ASSEGNATE IN GESTIONE ASSOCIATA			
	Il sottoscritto dichiara			
	Che la Direzione della farmacia è attualmente affidata al/la dott./dr.ssa:			
	Cognome		Nome	
	Cittadinanza		C. F.	
	Data di nascita		Luogo di nascita	
	Studio nel: Comune di		CAP	
	Via/p.zza		n.	
	Tel		Cell.	
	Fax		e-mail (con firma digitale)	
	Nr. Iscriz.		All'ordine professionale degli Della Prov. di	

F	COMPILARE SOLO IN CASO DI CITTADINO STRANIERO NON COMUNITARIO			
	di essere in possesso di permesso di soggiorno per *		di essere in possesso di carta di soggiorno per *	
	N.	Rilasciato da	Il	Valida fino al
	* Specificare il motivo del rilascio			
G	TRATTAMENTO DATI PERSONALI			
	di essere informato ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 : - di dover obbligatoriamente conferire i propri dati personali compilando il presente modulo; - che gli stessi dati saranno trattati dal Comune, quale Titolare, quale Responsabile, in modo cartaceo e telematico, per le sole finalità istituzionali inerenti il rilascio del provvedimento unico finale; - che il Comune potrà, ai sensi della vigente normativa, comunicare i suddetti dati a tutti gli Enti che dovranno intervenire nel procedimento, nonché diffondere gli stessi mediante programmi informatici; - di poter conoscere, ai sensi dell'art. 7, l'esistenza dei propri dati personali, di poterli aggiornare, rettificare od integrare qualora fosse necessario, nonché di richiederne la cancellazione quando trattati in violazione di legge			

Data e luogo

L'interessato deve firmare* il presente modello
L'interessato

* Per la **trasmissione telematica con firma digitale** non è necessario l'allegato del documento di riconoscimento

ISTRUZIONI ED ALLEGATI ALL'ISTANZA

- ACCERTARE, prima della sottoscrizione del presente documento, di essere a conoscenza ed in possesso dei requisiti previsti dalla vigente normativa.
- *Allegare fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento (in corso di validità). Per la trasmissione telematica con firma digitale del richiedente non è necessario l'allegato del documento di riconoscimento.*
- Consultare l'ufficio SUAP per ogni dubbio o richiesta di chiarimento. La sottoscrizione in assenza dei requisiti costituisce reato ed è penalmente perseguita quale falsa dichiarazione in atti.

Allegati da presentare

1. Relazione tecnica descrittiva dei locali, delle attività e delle attrezzature (*).
2. Relazione professionale del farmacista titolare/direttore (**)
3. Planimetria in scala adeguata (di norma 1:50) dei nuovi locali, compresi quelli eventualmente separati dalla farmacia e adibiti a deposito, magazzino, laboratorio etc, con indicazione delle destinazioni d'uso e aree di lavoro, dello schema posizionamento delle attrezzature e degli arredi e tipologie di prodotti (*).
4. Nel caso di ampliamento/riduzione/modifiche locali e destinazioni d'uso anche la planimetria illustrativa dello stato attuale corrispondente all'autorizzazione igienico sanitaria in corso di validità (con rif AUT Unica SUAP).
5. Modulo dichiarazione attività galenica per inquadramento requisiti locali ed attrezzature in base alle NBP (secondo disposizioni ASL)
6. In caso di cittadino extracomunitario allegare copia della carta/permesso di soggiorno in corso di validità.
7. Copia avvenuto pagamento diritti Suap (nei comuni dove previsti).
8. Altre eventuali dichiarazioni richieste dal Comune a seconda dei casi o che l'interessato intende fornire nel proprio interesse.

(*) INDICARE CON PRECISIONE nelle planimetrie e nella relazione tecnica le informazioni utili sulle caratteristiche dei locali, superfici, altezze, rapporti aeroilluminanti e destinazioni d'uso in base alle attività che possono essere svolte in farmacia, le zone di lavoro e di stoccaggio dei medicinali (*Etici, OTC, SOP, Vet, ASL, materie prime, O2, veleni, stupefacenti etc*) e delle altre tipologie di prodotti non medicinali (macroclassificazioni), spazi dedicati al confinamento degli scaduti/inesitabili separati per tipologie, sistema di controllo delle temperature ambientali (obbligo T <-25 °C 24/24h) e dei frigoriferi (2-8 °C 24/24h) , procedure di autocontrollo etc.

(**) Relazione sulla ORGANIZZAZIONE in tale sede del SERVIZIO FARMACEUTICO, compreso procedure adottate per il controllo delle corrette condizioni di conservazione medicinali, delle pulizie degli ambienti e del laboratorio galenico, degli scaduti etc

N.B.

In caso di TRASFERIMENTO LOCALI in altra sede (art 1 c5 L.475/68)

1) LA DOMANDA VIENE AFFISSA ALL'ALBO PRETORIO DEL COMUNE per 15 giorni consecutivi 2) IL COMUNE (SUAP) INOLTRE UNITAMENTE ALLA PRESENTE RICHIESTA ALLA ASL PER L'AFFISSIONE ALL'ALBO PRETORIO DELLA ASL per 15 giorni consecutivi

IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE E' SUBORDINATO AL PARERE IGIENICO SANITARIO FAVOREVOLE ASL L'AVVIO/SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA', IN TUTTI I CASI DI TRASFERIMENTO, AMPLIAMENTO/RIDUZIONE, MODIFICA DEI LOCALI DELLA FARMACIA E' SUBORDINATO ALL'ESITO POSITIVO DELL'ISPEZIONE DELLA ASL AI SENSI DELL'ART. 111 del R.D. 1265/34. L'ISPEZIONE DOVRA' ESSERE CONCORDATA E RICHIESTA ALLA ASL, A CURA DELL'INTERESSATO, DOPO LA NOTIFICA DEL PROVVEDIMENTO DI AUTORIZZAZIONE.

1	Primo dichiarante			
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza		n.	
	Codice fiscale (16 caratteri)			
	Cittadinanza Italiana altra (specificare) ¹			
	¹ Compilare le righe seguenti in caso di cittadino straniero non comunitario			
	di essere in possesso di permesso di soggiorno per *		di essere in possesso di carta di soggiorno per *	
	N	Rilasciato da	il	Valida fino al
* Specificare il motivo del rilascio				
2	Secondo dichiarante			
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza		n.	
	Codice fiscale (16 caratteri)			
	Cittadinanza Italiana (specificare) ¹			
	¹ Compilare le righe seguenti in caso di cittadino straniero non comunitario			
	di essere in possesso di permesso di soggiorno per *		di essere in possesso di carta di soggiorno per *	
	N	Rilasciato da	il	Valida fino al
* Specificare il motivo del rilascio				
3	Terzo dichiarante			
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza		n.	
	Codice fiscale (16 caratteri)			
	Cittadinanza Italiana (specificare) ¹			
	¹ Compilare le righe seguenti in caso di cittadino straniero non comunitario			
	di essere in possesso di permesso di soggiorno per *		di essere in possesso di carta di soggiorno per *	
	N	Rilasciato da	il	Valido fino al
* Specificare il motivo del rilascio				

DICHIARANO

AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445 consapevole/i che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e che, se dal controllo effettuato, emergerà la non veridicità del contenuto di quanto dichiarato, decadrà/anno dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera:

- di essere in possesso dei requisiti morali previsti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'attività;
- che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 10 della l. 31/05/1965 n. 575 (normativa antimafia).

di essere informati ai sensi del **D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196**:

- di dover obbligatoriamente conferire i propri dati personali compilando il presente modulo; che gli stessi dati saranno trattati dal Comune, quale Titolare, nonché dal Dirigente dello SUAP, quale Responsabile, in modo cartaceo e telematico, per le sole finalità istituzionali inerenti il rilascio del provvedimento unico finale; che il Comune potrà, ai sensi della vigente normativa, comunicare i suddetti dati a tutti gli Enti che dovranno intervenire nel procedimento, nonché diffondere gli stessi mediante programmi informatici; di poter conoscere, ai sensi dell'art. 7, l'esistenza dei propri dati personali, di poterli aggiornare, rettificare od integrare qualora fosse necessario, nonché di richiederne la cancellazione quando trattati in violazione di legge;

Firma* del primo dichiarante

Firma* del secondo dichiarante

Firma* del terzo dichiarante

Data

* Allegare fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento (in corso di validità), altrimenti la firma va apposta in presenza del dipendente addetto a ricevere la pratica. In caso di cittadino extracomunitario allegare copia della carta/permesso di soggiorno in corso di validità.