

All'U.O. Assistenza Farmaceutica Territoriale Aziendale

Sede di Ambito _____

Via _____, n. _____

cap _____, _____

azienda@pec.auslromagna.it

**A SEGUITO DELL'ISTANZA PRESENTATA AL COMUNE _____
IN DATA _____ SI COMUNICA RICHIESTA DI TRASFERIMENTO E/O AMPLIAMENTO DEI LOCALI
DELLA FARMACIA**

Il sottoscritto Cognome _____ Nome _____

Nato/a il ____/____/____, a _____ (Prov. _____)

Cittadinanza _____

Codice Fiscale _____

Residenza Comune di _____ Cap _____ (Prov _____)

Via/Piazza _____ n. _____

Tel _____ Cell _____ Fax _____

Email _____ PEC _____

Titolare dell'impresa individuale Legale rappresentante della Società

Codice Fiscale _____ P.Iva _____

Denominazione o Ragione Sociale della ditta _____

Sede legale Comune _____ (Prov _____)

Via/Piazza _____ n. _____ cap _____

Tel. _____ Cell _____ Fax _____

Email _____ PEC _____

Iscritta al registro delle Imprese della C.C.I.A.A. di _____ n. _____

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

HA CHIESTO

Relativamente a

Farmacia Privata

Farmacia Comunale

L'attivazione dei procedimenti amministrativi diretti all'ottenimento dell'atto di

TRASFERIMENTO DI SEDE NELL'AMBITO DI PERTINENZA della Farmacia suddetta nei locali posti in via /piazza _____, n° _____,

AMPLIAMENTO DELLA SUPERFICIE della farmacia suddetta nei locali dove svolge la propria attività, con [o senza] acquisizione del numero civico n° _____, via _____ da mq _____ a mq _____

RIDUZIONE DELLA SUPERFICIE della farmacia suddetta nei locali dove svolge la propria attività, con [o senza] acquisizione del numero civico n° _____, via _____ da mq _____ a mq _____

A tal fine, si allega la seguente documentazione:

- Attestazione di un tecnico qualificato (geometra, ingegnere, architetto), iscritto al rispettivo Albo Professionale, da cui risulti l'effettiva distanza tra la nuova sede e la farmacia più vicina, con la modalità della misurazione da soglia a soglia (solo per trasferimento e/o ampliamento con acquisizione di nuovo numero civico);
- Planimetria aggiornata dei locali in scala 1:100 con rapporti aero-illuminanti;
- Certificato di agibilità dei locali da adibire a farmacia, con indicazione della destinazione d'uso;
- Dichiarazione di conformità degli impianti termico – idraulico – elettrico;
- Relazione tecnica dell'impianto di condizionamento;
- Dichiarazione di rispetto delle disposizioni in materia di superamento delle barriere architettoniche.

_____, lì _____

Firma

(allegare copia F/R documento di identità)