

C	TIPOLOGIA DI INTERVENTO PER CUI SI RICHIEDE AUTORIZZAZIONE (BARRARE LA CASISTICA INTERESSATA E COMPILARE LE APPOSITE SEZIONI)
C1	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> AMPLIAMENTO LOCALI DELLA FARMACIA <input type="checkbox"/> RIDUZIONE LOCALI DELLA FARMACIA (1) <input type="checkbox"/> MODIFICA INTERNA /DESTINAZIONI D'USO LOCALI DELLA FARMACIA (2) Ubicata Via _____ n. civico/i _____ Comune _____ Prov. _____ CAP _____ Da mq _____ a mq _____ <input type="checkbox"/> Con acquisizione del numero civico/i n. _____ Via _____ , <input type="checkbox"/> 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 <i>autorizzazione locali in corso di validità</i>) (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 rechi intralcio, impedimento o interferisca negativamente nello svolgimento dell'attività farmaceutica medesima. 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 (<i>specificare n. ingressi e n. civici se presenti</i>) _____					
	Eventuale denominazione dell'insegna di esercizio _____					
	Dati catasto: Categ. _____		Classe _____	Foglio _____	Numero _____	Sub. _____
	Destinazione d'uso _____		Dest. urbanistica di zona _____			
	<i>Detenuto a titolo di</i> <input type="checkbox"/> <i>Proprietà</i> <input type="checkbox"/> <i>Affitto*</i> <input type="checkbox"/> <i>Altro*</i>		<i>*Indicare i dati del proprietario dell'immobile</i> _____			

D2	RIEPILOGO DEI REQUISITI DEL FABBRICATO/UNITA' IMMOBILIARE/TERRENO E DEGLI IMPIANTI - DICHIARAZIONI			
	<input checked="" type="checkbox"/> 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.			
	<input checked="" type="checkbox"/> 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.) _____			
	<input checked="" type="checkbox"/> che la superficie complessiva in cui si svolgerà l'attività è di mq (specificare): _____			
	<input type="checkbox"/> 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 ATTIVITA'			
	Il sottoscritto dichiara, per la Farmacia oggetto di tale domanda :			
	Sede Farmaceutica n. _____		Comune di _____	
	Inserito in un centro commerciale			
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Denominato : _____			
	Prov. Aut. N. _____	Data rilascio _____	Rilasciato da _____	
	Nel locale viene svolta altra attività: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI = Specificare : _____			
	<input checked="" type="checkbox"/> 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 _____ del _____			
	<input checked="" type="checkbox"/> 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.			
	<input checked="" type="checkbox"/> 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;			
	<input checked="" type="checkbox"/> 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.;			
D3	<input checked="" type="checkbox"/> di aver rispettato, a seguito delle modifiche dei locali di cui al presente modulo, 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" e dal Regolamento comunale in materia di igiene edilizia e ambientale;			
	<input checked="" type="checkbox"/> che i locali sono dotati di sistema impiantistico ambientale che assicura la corretta conservazione dei medicinali e materie prime a temperatura costante (in continuo 24h/24h) T =< 25 °C, umidità U% = circa 50%			
	<input checked="" type="checkbox"/> 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.			
	<input checked="" type="checkbox"/> 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 integrale della stessa "Dichiarazione attività galenica"			
	<input checked="" type="checkbox"/> 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			
	<input checked="" type="checkbox"/> di garantire il rispetto della normativa vigente sulle Farmacie			
	<input checked="" type="checkbox"/> 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 il rilascio dell'autorizzazione e l'avvio dell'attività e a tal fine fa presente che i lavori termineranno indicativamente il _____			
	<input checked="" type="checkbox"/> 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:		
	<input type="checkbox"/> tecnico incaricato	<input type="checkbox"/> 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 (<input type="checkbox"/> 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'
	<input checked="" type="checkbox"/> di essere in possesso dei requisiti morali previsti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'attività;
	<input checked="" type="checkbox"/> 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.	
DICHIARAZIONI COMPILATE di cui all'allegato 1.	

E	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 (<input type="checkbox"/> con firma digitale)	
	Nr. Iscriz.	All'ordine professionale degli	Della Prov. di

F	COMPILARE SOLO IN CASO DI CITTADINO STRANIERO NON COMUNITARIO		
	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per *	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per *	
	N.	Rilasciato da	Valida fino al
* Specificare il motivo del rilascio			

G	TRATTAMENTO DATI PERSONALI
	<input checked="" type="checkbox"/> di aver preso visione dell'informativa in materia di trattamento dati ai sensi del Reg. Europeo 679/2016 presente sul sito istituzionale http://www.comune.serravalle-pistoiese.pt.it/suap

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

- 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.
- ACCERTARE, prima della sottoscrizione del presente documento, di essere a conoscenza ed in possesso dei requisiti previsti dalla vigente normativa.
- 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. 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, dello schema posizionamento delle attrezzature e degli arredi (*).
3. 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).
4. Modulo dichiarazione attività galenica per inquadramento requisiti locali ed attrezzature in base alle NBP (secondo disposizioni ASL)
5. In caso di cittadino extracomunitario allegare copia della carta/permesso di soggiorno in corso di validità.
6. Copia avvenuto pagamento diritti Suap .
7. 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, 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, spazi dedicati al confinamento degli scaduti/inesitabili separati per tipologie, sistema di controllo delle temperature ambientali (obbligo T 20-25 °C 24/24h) e dei frigoriferi (2-8 °C 24/24h) , procedure di autocontrollo etc

N.B.

Per il caso di TRASFERIMENTO LOCALI in altra sede (art 1 c4 L.475/68)

- 1) LA DOMANDA VIENE AFFISSA ALL'ALBO PRETORIO DEL COMUNE per 15 giorni dalla data di presentazione
- 2) IL COMUNE (SUAP) INOLTRA UNITAMENTE ALLA PRESENTE RICHIESTA ALLA ASL PER L'AFFISSIONE ALL'ALBO PRETORIO DELLA ASL .

IN TUTTI I CASI

IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE E L'AVVIO DELL'ATTIVITA' SONO SUBORDINATI AL RILASCIO DI IDONEITA' IGIENICO SANITARIA SE NECESSARIO ED ALL'ESITO POSITIVO DELL'ISPEZIONE DA PARTE DELL'AZIENDA SANITARIA AI SENSI DELL'ART. 111 del R.D. 1265/34

ALLEGATO N. 1 Dichiarazione di altre persone (**amministratori, soci**) indicate art. 2 comma 3 del D.P.R. 03.06.1998, n. 252

Primo dichiarante			
Cognome		Nome	
Nato a		Prov.	il
Residente in		Prov.	CAP
Via/piazza			n.
1	Codice fiscale (16 caratteri)		
Cittadinanza <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> altra (specificare) ¹			
¹ Compilare le righe seguenti in caso di cittadino straniero non comunitario			
<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per * <input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per *			
N	Rilasciato da	il	Valida fino al
* Specificare il motivo del rilascio			
Secondo dichiarante			
Cognome		Nome	
Nato a		Prov.	il
Residente in		Prov.	CAP
Via/piazza			n.
2	Codice fiscale (16 caratteri)		
Cittadinanza <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> (specificare) ¹			
¹ Compilare le righe seguenti in caso di cittadino straniero non comunitario			
<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per * <input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per *			
N	Rilasciato da	il	Valida fino al
* Specificare il motivo del rilascio			
Terzo dichiarante			
Cognome		Nome	
Nato a		Prov.	il
Residente in		Prov.	CAP
Via/piazza			n.
3	Codice fiscale (16 caratteri)		
Cittadinanza <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> (specificare) ¹			
¹ Compilare le righe seguenti in caso di cittadino straniero non comunitario			
<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per * <input type="checkbox"/> 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 **Reg Europeo 679/2016**:

- 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, 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.