

PROVINCIA di GROSSETO  Coordinamento SUAP	L.R. 16/00 - FARMACIE	
	TRASFORMAZIONI LOCALI DELLA FARMACIA	
	MODELLO: SANV2	VERSIONE: 9/06/2022

Avvertenza: il presente modulo deve essere utilizzato esclusivamente a completamento della procedura disponibile su STAR (Sistema Telematico di Accettazione Regionale) per le procedure di competenza dello Sportello Unico alle Attività produttive di cui al DPR 160/2010.

I dati anagrafici completi, sono ASSOLTI CON LA PROCEDURA ONLINE.

Il sottoscritto,

Cognome _____ Nome _____

i cui dati anagrafici completi, oltreché i dati relativi la localizzazione dell'intervento, forniti su modulo unificato Regione Toscana, parte integrante della presente richiesta, 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)

in qualità di : _____
dell'impresa denominata _____

Ai sensi della L.R. 16/2000 e successive modifiche ed integrazioni,

CHIEDE

RILASCIO DI AUTORIZZAZIONE

all'esercizio del servizio farmaceutico, a seguito di **TRASFORMAZIONE DEI LOCALI** di attività della suddetta farmacia come da planimetria allegata

DICHIARA

1. che l'attività verrà svolta nel rispetto dell'articolazione interna dei singoli locali/spazi con specificazione sull'utilizzo degli stessi (magazzino, area vendita, ecc...), come risultante nella planimetria allegata;
2. di aver rispettato i requisiti igienico-sanitari previsti dalla normativa vigente;
3. 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.);
4. [...] (*in caso di riduzione dei locali*) che gli spazi della farmacia, sottratti all'espletamento dell'attività farmaceutica, saranno destinati all'effettuazione di servizi _____, senza che ciò rechi intralcio alcuno all'attività farmaceutica medesima;
5. che provvederà a concordare con l'Azienda Sanitaria l'ispezione di cui all'art. 111 del R.D. n.1265/1934 e a tal fine fa presente che i lavori termineranno indicativamente il

Il sottoscritto **dichiara** altresì, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196, di essere informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

1. **planimetria dei locali in scala 1:100**, timbrata, datata e sottoscritta dal tecnico compilatore e dal richiedente, idonea ad identificare l'articolazione interna dei singoli locali/spazi con specificazione sull'utilizzo degli stessi (magazzino, area vendita, ecc...), i percorsi interni ed esterni e gli accessi al presidio, la superficie in metri quadri per singoli locali, la collocazione dei principali macchinari e apparecchiature, compresi i locali eventualmente separati dalla farmacia e adibiti a deposito, magazzino, laboratorio con eventuale indicazione dello schema di posizionamento delle attrezzature e arredi, evidenziando gli spazi oggetto della presente istanza;
2. **Relazione tecnica** descrittiva dei locali, delle attività e delle attrezzature*
** INDICARE con precisione nelle planimetrie e/o nella relazione tecnica le informazioni utili sulle caratteristiche dei locali (superfici, altezze, rapporti aeroilluminanti ecc) nonché le variazioni connesse agli interventi di riduzione/trasformazione dei locali*
3. **Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà** per i dati relativi all'immobile (vedi **Allegato 1**)
4. **Attestazione del versamento degli oneri da corrispondere all' AUSL Toscana SUD EST in base agli importi riportati sul tariffario regionale:**

5. eventuali altri allegati

..... li

Firma del titolare o legale rappresentante

.....

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

Ai fini dell'inizio dell'attività l'interessato concorda con la ASL la visita ispettiva.
L'autorizzazione viene rilasciata subordinatamente al buon esito di detta visita.