


PROVINCIA di GROSSETO	L.R. 16/00 - FARMACIE	
 Coordinamento SUAP	RIDUZIONE / AMPLIAMENTO LOCALI DELLA FARMACIA	
	MODELLO: SANV	VERSIONE: 5/12/2022

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 _____

CHIEDE

RILASCIO DI AUTORIZZAZIONE

all'esercizio del servizio farmaceutico, a seguito di:

[...] RIDUZIONE DI SUPERFICIE [...] AMPLIAMENTO DI SUPERFICIE
 dei locali di attività della suddetta farmacia, da mq _____ a mq. _____, con cessione _____/acquisizione
 _____ del n. civico _____ Via _____, assicurando il rispetto delle distanze dal più
 vicino esercizio similare (non inferiore a mt. 200 per la via pedonale più breve).

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.

Allegato 1

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

Il/la sottoscritto/a _____ codice fiscale _____
[...] titolare [...] legale rappresentante della Farmacia _____
ai sensi dell' art. 47 del DPR n. 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole
delle conseguenze derivanti da dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi
ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

1.Che la farmacia oggetto della presente dichiarazione è ubicata in via _____
_____ nn. (*indicare tutti i numeri civici della struttura*)
_____ interno _____ piano _____ ed è contraddistinta al NCEU dai seguenti dati
catastali: Foglio di mappa _____ particella/e _____ sub. _____

2.Che, per tutti i subalterni della unità immobiliare di cui ai dati catastali sopra riportati
(*contrassegnare una tra le seguenti tre opzioni*):

[...] è stata rilasciata la certificazione di agibilità/abitabilità dei locali n. _____ del _____

[...] è stata inviata la certificazione di agibilità/abitabilità dei locali stessi, resa ai sensi del vigente

Regolamento Urbanistico del Comune di Grosseto, al Servizio Edilizia Privata data _____
a nome di _____ e che tale certificazione è stata ricevuta dal Servizio Edilizia
Privata in data _____ protocollo _____

[...] è stata inviata la Perizia Giurata attestante l'agibilità /abitabilità dei locali stessi al Servizio
Edilizia Privata in data _____, a nome di _____

e che tale perizia è stata ricevuta dal Servizio Edilizia Privata in data _____ protocollo _____

3.[...] L'unità immobiliare è stata realizzata conformemente ai seguenti atti abilitativi:

concessione edilizia nr. _____ del _____

Licenza edilizia nr. _____ del _____

Permesso a costruire nr. _____ del _____

oppure

[...]L'unità immobiliare è stata realizzata anteriormente all'anno 1942, non in base a licenza edilizia;

Eventuali precisazioni: _____

4.[...]L'unità immobiliare, successivamente alla sua realizzazione, non è stata oggetto di alcun intervento edilizio;

oppure

[...] L'unità immobiliare è stata oggetto di interventi e/o modifiche di cui ai sotto specificati atti di assenso - autorizzazioni, concessioni, DIA :

Autorizzazione	nr. _____ del _____
Denuncia Inizio di Attività	nr. _____ del _____
Comunicazione ex art. 26 L. 47/85	nr. _____ del _____
Condono edilizio – Concessione a sanatoria	nr. _____ del _____
Altro (specificare) . _____	nr. _____ del _____

[...] E' attualmente sottoposta a intervento edilizio come meglio indicato nel procedimento di rilascio di concessione, autorizzazione, DIA o altro atto di assenso sotto indicato:

tipo di atto _____	nr. _____ del _____;
tipo di atto _____	nr. _____ del _____;
tipo di atto _____	nr. _____ del _____;

6.L'unità immobiliare, secondo il vigente strumento urbanistico, ricade in:

Zona Omogenea _____ (art. _____ NTA)Sottozona/Classe _____ (art. _____ NTA)

7.Che i suddetti locali hanno destinazione d'uso _____

8.che l'unità immobiliare è conforme alla normativa antisismica vigente ed in particolare che su di essa:

[...]sono stati eseguiti interventi strutturali e pertanto è stata depositata la relativa pratica presso l'Ufficio del Genio Civile di Grosseto in data _____ e che a tale pratica è stato assegnato il n. di protocollo _____,

oppure

[...] non sono stati eseguiti interventi strutturali che hanno comportato il deposito di pratiche presso l'Ufficio del Genio Civile di Grosseto.

Eventuali osservazioni _____

Data.....

Il Dichiarante

.....

firma

come da normativa di riferimento

Allegato 2

ELENCO DOCUMENTAZIONE TECNICA (timbrata e firmata da professionista abilitato):

1) Planimetria/e scala 1:100 (stato attuale e di progetto) con riportate per i singoli locali:

- destinazione di uso;
- quote planimetriche e altimetriche;
- quote delle aperture finestrate;
- superficie utile, altezza, superficie aero-illuminante;
- rapporti aero-illuminanti.

2)Eventuali sezioni debitamente quotate in scala 1:100 (stato di progetto).

3) Planimetria/indicazione dell'impianto di smaltimento acque reflue, con allacciamenti e posizionamento delle fosse biologiche e dei pozzetti sgrassatori e modalità di allacciamento al corpo ricettore (può essere indicato anche all'interno della planimetria di cui al punto 1).

4) Relazione tecnico-descrittiva del tipo di intervento proposto, comprendente:

- descrizione del ciclo produttivo;
- numero di addetti previsti nell'attività;
- indicazione su impianti meccanici, elettrici e di illuminazione e rispetto delle relative norme tecniche;
- rispetto della normativa sui requisiti acustici degli edifici (verso l'interno e verso l'esterno);
- qualora il parere tecnico riguardi anche aperture finestrate prospicienti cortili o chiostrine, oltre alle dimensioni di detti spazi, dovranno essere prodotte le sezioni quotate dell'edificio oggetto della richiesta di parere preventivo e degli edifici limitrofi (indicare le altezze dell'edificio e degli edifici limitrofi) che si affacciano sugli stessi/e;
- posizione dei locali rispetto al terreno (locali interrati e/o seminterrati), ove presenti. In tal caso, almeno una sezione (di cui al punto 2) deve passare per detti locali, interessando le zone finestrate (ove presenti).

5) Requisiti impiantistici per Farmacie

- T = 20 - 26 .C
- U% 50%:f:5%
- ricambi aria pari a 2 v/h
- classe dei filtri 3 - 4 (80 – 90%)

5) requisiti impiantistici per magazzini e depositi

- T = 20 - 26 .C
- U% 50%:f:5%

Si ricorda che il laboratorio della farmacia, e più in generale tutta l'attività di allestimento dei medicinali in farmacia, deve essere rispondente alle caratteristiche previste dalle Norme di Buona Preparazione dei Medicinali in Farmacia della FU vigente