

DOCUMENTAZIONE PER TRASFERIMENTO LOCALI DI FARMACIA

- 1. Istanza in bollo motivata e firmata del Titolare indirizzata a “ ASP di Agrigento- Dipartimento del Farmaco- Area Gestione del Farmaco- U.O.S .Vigilanza Farmacie “ ove si richiede l’emanazione del provvedimento di autorizzazione al trasferimento dei locali di farmacia;**
- 2. Attestazione in bollo (o copia corredata da autocertificazione di conformità all’originale) rilasciata dal Comune di appartenenza – Ufficio Tecnico ove risulti che i nuovi locali rientrano nella sede di pertinenza territoriale della n° sede farmaceutica assegnata con decreto n°del.....e non modificata e che la distanza dagli altri esercizi farmaceutici non è inferiore ai 200 metri, come previsto dalla Legge 362/91 e successive modifiche ed integrazioni .**
- 3. Copia titolo di possesso debitamente registrato ovvero copia contratto di locazione debitamente registrato all’Ufficio Entrate (N.B. le copie debbono essere corredate da dichiarazione sostitutiva di conformità all’originale) ;**
- 4. Copia agibilità e destinazione d’uso dei nuovi locali rilasciata dal Comune.**
- 5. Planimetria dei locali e relazione tecnico- descrittiva in originale debitamente firmate dal Tecnico;**
- 6. Copie certificati di conformità impianto idrico ed elettrico (N.B. le copie debbono essere corredate da dichiarazione sostitutiva di conformità all’originale) ;**
- 7. Copia del decreto/delibera di autorizzazione alla Titolarità della farmacia (N.B. la copia deve essere corredate da dichiarazione sostitutiva di conformità all’originale)**
- 8. Copie delle ricevute delle Tasse CC.GG. degli ultimi 10 anni (N.B. le copie debbono essere corredate da dichiarazione sostitutiva di conformità all’originale) ;**
- 9. Dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto di notorietà ai sensi D.P.R. 445/2000 e successive integrazioni (Art. 15 Legge 183 del 12/11/2011), munite di copia valido documento di riconoscimento dell’istante come da allegato**

Fac simile modello

Dichiarazione sostitutiva di certificazioni e di atto notorio ai sensi DPR 445/00 e successive integrazioni (art. 15 L. 183 del 12/11/2011)

Il/La Sottoscritto/a Dr. /Dr.ssanato/a
il.....a.....residentein
Via.....Codice Fiscale.....
Titolare della farmacia n°.....del Comune di
Sita in Via.....codice n°.....
ai sensi del D.P.R. 445/00 e successive integrazioni, in materia di dichiarazioni
sostitutive di certificazioni e dell'atto di notorietà, consapevole delle responsabilità
penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni false o non corrispondenti al
vero così come previsto dall'art. 76 del predetto decreto dichiara:

-
-
-
-
-
-

Allega documento di riconoscimento carta.....n°

rilasciato dal.....il.....

Lì

Firma

.....

**Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.lvo n. 169/2003 che i dati personali
raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del
procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.**

Lì

Firma

.....