



COMUNE DI CAPANNORI

Numero di pratica

_____ / _____

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE
ALL'APERTURA DI FARMACIA
TRASFERIMENTO TITOLARITA'
TRASFERIMENTO DI SEDE
E/O AMPLIAMENTO DEI LOCALI**
(R.D. n.1265/1934, L. n. 475/1968, L. n.362/1991, L.R.
n.16/2000 e successive modifiche)

Protocollo

DOMANDA APERTURA TRASFERIMENTO ECC FARMACIE rev privacy sett2018.doc

***Inviare Tramite il portale AIDA accessibile dal sito Internet del Comune di -
Capannori – suap - pratiche on-line -Portale AIDA***

ALLO SPORTELLO ATTIVITA' PRODUTTIVE

del Comune di Capannori

Marca da bollo

- Annullare la marca da bollo e specificare il numero identificativo .

Il sottoscritto

Cognome _____ nome _____

Data di nascita _____ luogo di nascita _____ (prov. _____)
cittadinanza _____

Residente a _____ (prov. _____)

Via /p.zza _____ n. _____ CAP _____

Codice fiscale _____ Tel. _____ fax _____

indirizzo PEC _____

in qualità di :

- incaricato alla presentazione della pratica Suap ; (si compila in questo caso procura speciale)
- titolare dell'impresa individuale
- legale rappresentante

DATI RELATIVI ALL'IMPRESA RICHIEDENTE(compilare anche in caso di ditta individuale)

Ragione sociale _____

con sede in _____ prov. _____

Via/piazza _____ n° _____ CAP _____

Partita I.V.A _____ tel. _____ Fax _____

Iscritta al Registro Imprese della Camera di Commercio di _____

al n° _____ dal _____

Consapevole, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, delle conseguenze amministrative e penali previste dagli art. 75 e 76 del medesimo decreto , in caso di false attestazioni o dichiarazioni ivi compresa e la decadenza dai benefici ottenuti sulla base della dichiarazione non veritiera

CHIEDE

Ai sensi della L.R. 16/2000 e successive modifiche ed integrazioni, l'attivazione dei procedimenti amministrativi diretti all'ottenimento di

AUTORIZZAZIONE per :

- APERTURA DI NUOVA FARMACIA** denominata _____
 nei locali posti in Via/P.zza _____ n° _____,
 a seguito di assegnazione nella pianta organica comunale della sede farmaceutica n. _____ di cui alla Deliberazione Regionale del _____ n. _____ assicurando il rispetto delle distanze dal più vicino esercizio similare (*non inferiore a mt.200 da soglia a soglia per la via pedonale più breve*);

TRASFERIMENTO DI TITOLARITA'

- della farmacia denominata _____ sita in _____ Via/P.zza _____ n° _____, autorizzata con atto n. _____ del _____;
 sede farmaceutica n. _____ della pianta organica del Comune di Capannori;

Si dichiara che:

- il trasferimento di titolarità è avvenuto a seguito di _____ con atto n. _____ del _____ Notaio _____ registrato in data _____;
 di non aver modificato i locali autorizzati ;
 di aver modificato i locali (*per cui allega l'apposita documentazione*);
 la farmacia di cui si chiede il trasferimento di titolarità per _____ risulta posseduta da oltre tre anni essendo gestita dal cedente fin dall'anno _____ in virtù dell'autorizzazione n. _____ rilasciata da _____;

la Società richiedente _____ non ha nel proprio oggetto sociale e non esplica attività nel settore della produzione, distribuzione, intermediazione e informazione scientifica del farmaco nonché con l'esercizio della professione medica;

TRASFERIMENTO DEI LOCALI NELL'AMBITO DELLA SEDE DI PERTINENZA

- della Farmacia _____ sita in _____ Via/P.zza _____ n° _____;
 ai nuovi locali posti in _____ Via/P.zza _____ n° _____;
 aventi una superficie totale di mq _____, assicurando il rispetto delle distanze dal più vicino esercizio similare (*non inferiore a mt. 200 da soglia a soglia per la via pedonale più breve*);

AMPLIAMENTO DI SUPERFICIE

- dei locali da mq. _____ a mq. _____ della Farmacia _____, sita in _____ Via/P.zza _____ n° _____,
 autorizzata con atto n. _____ del _____ dove svolge la propria attività;

A TAL FINE DICHIARA CHE:

(barrare le caselle che interessano)

- con il rilascio dell'atto di cui al presente procedimento il titolare (persona fisica o società), risulterà titolare dell'esercizio di non più del 20% delle farmacie esistenti nella Regione Toscana;
- che il titolare / legale rappresentante è iscritto all'Albo Professionale dei Farmacisti della Provincia di Lucca;
- che il titolare / legale rappresentante ha conseguito l'idoneità al diritto di esercizio della farmacia ai sensi degli artt. 7 e 13 della L. 362/91, art. 12 della L. 475/68 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni;
- che il titolare / legale rappresentante non incorre in aspetti di incompatibilità nella gestione societaria ai sensi dell'art. 8 della L. 362/91 e dell'art. 13 della L. 475/68 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni;
- che il titolare / legale rappresentante non ha riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso che impediscano l'esercizio dell'attività e che non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del D. Lgs. n. 159 del 06/09/2011;

- la Direzione della farmacia è affidata al Dr. _____ in qualità di socio, iscritto all'Albo Professionale dei Farmacisti della Provincia di LUCCA, che acconsente alla nomina di Direttore della Farmacia;
- sono stati rispettati, per i locali dove si svolgerà l'attività, i requisiti igienico-sanitari previsti dalla normativa vigente e a tal fine allega il modulo di procedimento per le verifiche USL ;
- l'attività si svolgerà nel rispetto dei limiti di rumore previsti dalla normativa vigente;
- svolge attività di vendita di altri prodotti per cui presenta apposita SCIA di esercizio di commercio al dettaglio di vicinato;
- non svolge attività di vendita di altri prodotti;

(requisiti morali)

- di essere a conoscenza che i soci amministratori non hanno riportato condanne penali né hanno procedimenti penali in corso che impediscono l'esercizio dell'attività e che non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del D. Lgs. n. 159 del 06/09/2011;
- di essere a conoscenza che tutti i soci amministratori sono in possesso dei requisiti di idoneità , e non vi sono casi di incompatibilità, previsti dalla normativa di legge al diritto di esercizio della farmacia (**);

(**)In Alternativa a tali dichiarazioni i singoli soci compilano l'allegato A

Si allegano i seguenti documenti:

- Fotocopia documento di identità del sottoscrittore in caso di invio senza firma digitale, o del delegante in caso di invio telematico da parte di un soggetto terzo ;
- Allegato **procura speciale** per presentazione della pratica da parte di un soggetto terzo;
- Marca da bollo di € 16,00 ;
- Elaborato grafico in scala 1:100 del locale sede dell'attività firmato da tecnico abilitato;
- Modello USL per la verifica dei requisiti igienico sanitari e documentazione richiesta da allegare;
- Ricevuta di pagamento dei diritti di istruttoria USL, secondo il tariffario regionale vigente, sul c/c n. 14896559 intestato a Azienda USL TOSCANA NORD OVEST – Servizio Tesoreria.

IN CASO DI ESTRAZIONE PER LE VERIFICHE A CAMPIONE VERRA' RICHIESTA LA PRESENTAZIONE DI

- Planimetria di zona in scala 1:1000 o 1:2000 con congrui intorno almeno di ml 500 circa;
- Elaborato grafico in scala 1:100 dell'insediamento, contrassegnando con numeri progressivi i singoli locali ed indicando, per ciascuno di essi la destinazione d'uso.

(*). In caso di trasferimento di titolarità senza modifiche ai locali è sufficiente presentare:

1. **Marca da bollo di € 16,00;**
2. **Copia dell'Atto di cessione/variazione ragione sociale .**

N.B L'istanza deve pervenire in bollo.

GARANZIA DI PROTEZIONE E RISERVATEZZA DEI DATI

I Vostri dati personali saranno trattati in formato cartaceo ed elettronico solo per le finalità relative all'invio delle informazioni richieste, ad opera di soggetti impegnati alla riservatezza, con logiche correlate alle finalità e comunque in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati.

I Vostri dati non saranno oggetto di alcuna diffusione. In qualsiasi momento potrete esercitare i diritti di cui al Regolamento UE 679/2016.

Il Titolare del trattamento è il Comune di Capannori, nella persona del Sindaco pro tempore. Per ogni comunicazione, ai sensi degli articoli sopra riportati del Regolamento UE 2016/679, il Titolare mette a disposizione l'indirizzo mail:

titolare.trattamentodati@comune.capannori.lu.it

Il Comune di Capannori ha l'obbligo di dotarsi di un Responsabile della protezione dei Dati personali (R.P.D. o Data Protection Officer – D.P.O.). Tale figura è stata debitamente nominata e i suoi riferimenti sono disponibili sul sito web istituzionale: il RPD è il Segretario generale dott. Giuseppe Ascione. E-mail: responsabile.protezionedati@comune.capannori.lu.it

Per ulteriori informazioni, consultare l'informativa in forma estesa a disposizione presso gli uffici oppure il sito web istituzionale all'indirizzo www.comune.capannori.lu.it

Capannori, _____

Firma

(Non soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto ovvero l'istanza sia presentata unitamente a copia fotostatica, ancorchè non autenticata, di un documento d'identità del sottoscrittore).

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

ALLEGATO PROCURA SPECIALE

PROCURA SPECIALE PER L'INCARICO A TERZO A PRESENTARE PRATICA TELEMATICA

(Art 3 comma 1 lett c) DPR 160/2011)

Il sottoscritto

Cognome _____ nome _____

Beneficiario della presente istanza

Consapevole, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, delle conseguenze amministrative e penali previste dagli art. 75 e 76 del medesimo decreto

DICHIARA

di conferire al Sig _____

procura speciale per la presentazione telematica allo Sportello unico per le attività produttive del Comune di Capannori di pratica SUAP per l'attivazione del presente procedimento .

Firma _____

(Non soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto ovvero l'istanza sia presentata unitamente a copia fotostatica, ancorchè non autenticata, di un documento d'identità del sottoscrittore)

DICHIARAZIONE REQUISITI DEI SOCI AMMINISTRATORI

(art. 46 e 47 DPR 445/2000, L. 2/4/68 n. 475 e L. 8/11/91 n. 362)

Il sottoscritto,

Consapevole, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n°445/2000, delle conseguenze amministrative e penali previste dagli articoli 75 e 76 del medesimo decreto, in caso di false attestazioni o dichiarazioni, ivi compresa la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

Cognome _____ nome _____

nato a _____ prov. _____ il _____

residente in _____ Via _____ n. _____

CAP _____ C.F./P.I. _____ Tel. _____ Fax _____

in qualità di socio della società _____

DICHIARA

- di essere socio di una sola società (*di cui al comma 1, art. 7, L.8/11/91 n. 362*);
- di essere Iscritto all'Albo Professionale dei Farmacisti della Provincia di Lucca;
- di aver conseguito l'idoneità al diritto di esercizio della farmacia ai sensi degli artt. 7 e 13 della L. 362/91 e art. 12 della L. 475/68 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni;
- di non incorrere in aspetti di incompatibilità nella gestione societaria ai sensi dell'art. 8 della L. 8/11/91 n. 362 e dell'art. 13 della L. 475/68 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni;
- di non aver riportato condanne penali né avere procedimenti penali in corso che impediscano l'esercizio dell'attività e che ai fini antimafia non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza, o sospensione di cui all'art. 67 del D. Lgs. n. 159 del 06/09/2011 (requisiti antimafia).

GARANZIA DI PROTEZIONE E RISERVATEZZA DEI DATI

I Vostri dati personali saranno trattati in formato cartaceo ed elettronico solo per le finalità relative all'invio delle informazioni richieste, ad opera di soggetti impegnati alla riservatezza, con logiche correlate alle finalità e comunque in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati.

I Vostri dati non saranno oggetto di alcuna diffusione. In qualsiasi momento potrete esercitare i diritti di cui al Regolamento UE 679/2016.

Il Titolare del trattamento è il Comune di Capannori, nella persona del Sindaco pro tempore. Per ogni comunicazione, ai sensi degli articoli sopra riportati del Regolamento UE 2016/679, il Titolare mette a disposizione l'indirizzo mail:

titolare.trattamentodati@comune.capannori.lu.it

Il Comune di Capannori ha l'obbligo di dotarsi di un Responsabile della protezione dei Dati personali (R.P.D. o Data Protection Officer – D.P.O.). Tale figura è stata debitamente nominata e i suoi riferimenti sono disponibili sul sito web istituzionale: il RPD è il Segretario generale dott. Giuseppe Ascione. E-mail: responsabile.protezionedati@comune.capannori.lu.it

Per ulteriori informazioni, consultare l'informativa in forma estesa a disposizione presso gli uffici oppure il sito web istituzionale all'indirizzo www.comune.capannori.lu.it

Capannori, _____

Firma

(Non soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto ovvero l'istanza sia presentata unitamente a copia fotostatica, ancorchè non autenticata, di un documento d'identità del sottoscrittore).

DATI RELATIVI ALL'IMMOBILE (a cura del tecnico incaricato)

Il sottoscritto, _____, in
qualità
di tecnico incaricato, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità nella formazione degli atti e l'uso
di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e la
decadenza dai benefici ottenuti sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75, D.P.R. n. 445/2000):

DICHIARA CHE

il titolo edilizio che legittima lo stato attuale dell'immobile è

che i locali destinati all'esercizio dell'attività possiedono i requisiti strutturali ed igienico-edilizi,
la destinazione d'uso idonea e l'agibilità per l'esercizio dell'attività in oggetto

Firma e timbro del tecnico
