

Domanda di autorizzazione al

TRASFERIMENTO E/O AMPLIAMENTO LOCALI FARMACIE
NELL'AMBITO DELLA SEDE DI PERTINENZA

* R.D. 2 KW/34 n. 1265, L.2 /4168 n. 475 e succ. modifiche, L.8111/111 n.362, L.R.12184)

2 copie di cui una in bollo



AL SINDACO DEL COMUNE
di OLBIA

ALLA ASL GALLURA N°2

Loro sedi

☒ Farmacia Privata

☐ Farmacia comunale

Il sottoscritto Cognome FLORIS Nome MASSIMO LUIGI
Data di nascita 11/12/1960 Luogo di nascita CAGLIARI (PR.) CA

Residenza: Comune di OLBIA CAP 07026 (Prov. OT)

Codice Fiscale

F	L	R	M	S	M	6	0	T	1	1	B	3	5	4	Q
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

via/P.zza VIA MARSALA n° 55

in qualità di ☐ Titolare ☒ Legale rappresentante ☐

☐ Farmacia Privata ☐ Farmacia comunale

sita in OLBIA via/Piazza MESTRE n° 2

CAP 07026 Tel. 078966450 Fax _____

E-mail farmaciafloris@virgilio.it Sede farmaceutica n° 11 della pianta
organica del Comune di OLBIA

CF

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 P.IVA

0	2	8	0	4	1	3	0	9	0	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

1. Ai sensi della legge 2 aprile 1968, n. 475, art. 1 con la 5, così come modificata dalla L. 362/91, la domanda di trasferimento di farmacia in altro locale nell'ambito della sede di pertinenza, deve essere pubblicata per quindici giorni consecutivi nell'albo dell'unità sanitaria locale e in quello del comune ove ha sede la farmacia.

denominazione o ragione sociale Farmacia Floris s.a.s.
con sede legale ovvero ☐ amministrativa nel Comune di OLBIA
(Prov. OT Via/P.zza VIA MESTRE 2 CAP 07026

Iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A di SASSARI al n° 205914

Iscrizione al Tribunale di _____

Ai sensi della L.R. 12/1984 e successive modifiche ed integrazioni, l'attivazione dei procedimenti amministrativi diretti all'ottenimento di

AUTORIZZAZIONE

a:



TRASFERIMENTO DEI LOCALI NELL'AMBITO DELLA SEDE DI PERTINENZA ²

della Farmacia suddetta nei locali post in via/piazza VIA MESTRE

n° 1 che occupano una superficie totale di mq 114,45



AMPLIAMENTO DI SUPERFICIE

della Farmacia suddetta nei locali dove svolge la propria attività, da mq. _____ a mq. _____, con 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);

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 e la decadenza dai benefici conseguenti

A TAL FINE DICHIARA

1. che i locali rispettano le distanze previste dalla normativa dalla più vicina farmacia (m 200 misurati per la via pedonale più breve - per le farmacie istituite ai sensi dell'ad. 104 del Testo Unico 1265/34e successive modificazioni, il limite di distanza è pari a mt. 3.000 dalla farmacia più vicina);
2. di garantire il rispetto dell'applicazione degli art. 109, 119 e 129 del R.D. 1265134;
3. di aver rispettato i requisiti igienico-sanitari previsti dalla normativa vigente;
4. 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.).

2 In caso di trasferimento dei locali, copia della presente domanda, compilata in ogni sua parte e senza gli allegati, deve essere presentata al Servizio Farmaceutico dell'Asl di Gallura Sede legale via Bazzoni Sircana 2-2A 07026 Olbia e al Comune di Olbia Ufficio albo Pretorio: OLBIA per l'affissione ai relativi albi ai sensi della legge 2 aprile 1968 n. 475 art. 1 comma 5 così come modificata dalla L. 362/91.

