

**DOMANDA DI RILASCIO DI AUTORIZZAZIONE PER IL TRASFERIMENTO E/O
AMPLIAMENTO LOCALI FARMACIE (in ambito della sede di pertinenza)**

(R.D.27/3/34 n. 1265, L.2/4/68 n. 475 e succ. modifiche, L.8/11/91 n.362, L.R.25/2/00 n.16 e succ. .modifiche)

ALLO SPORTELLO UNICO ATTIVITA' PRODUTTIVE
Unione Comuni Modenesi Area Nord
Trasmissione via p.e.c.: unioneareanord@cert.unioneareanord.mo.it

Farmacia Privata Farmacia comunale

Io sottoscritto/a _____
Cognome _____ nome _____

Nato/a il ____/____/____ Luogo di nascita _____ (Prov. ____)

Cittadinanza _____ Codice Fisc

Residente a _____ CAP _____ (Prov. ____

Via/Piazza _____ n. _____ tel. _____

cell. _____ E-mail _____ @ _____ []
barrare la casella se dispone di firma digitale

In qualità di _____ della Farmacia avente la seguente

Denominazione/ragione sociale _____

con sede legale/amministrativa nel Comune di _____

(Prov. ____) Via/Piazza _____ n. _____

CAP _____ Tel. _____ Tel. _____ Fax _____

E-mail _____ @ _____ [] *barrare la casella se dispone di firma digitale*

p.e.c. _____ @ _____ [] *barrare la casella se dispone di firma digitale*

Iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di _____ al n. _____

Farmacia sita in Mirandola, Via/Piazza _____ n. ____

c.Fisc./p.IVA _____ Iscrizione al Tribunale di _____ al n. ____
(se prevista)

CHIEDO

A codesta rispettabile Amministrazione il rilascio dell'atto di:

TRASFERIMENTO DI SEDE NELL'AMBITO DELLA SEDE DI PERTINENZA

della Farmacia suddetta nei locali posti in Via/piazza _____ n. ____;
assicurando il rispetto delle distanze dalla Farmacia più vicina *(non inferiore a mt. 200 per la via pedonale
più breve)*;

AMPLIAMENTO DI SUPERFICIE

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

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

DICHIARO

PER LE FARMACIE PRIVATE:

- che con il rilascio dell'atto di cui al presente procedimento il sottoscritto risulterà titolare dell'esercizio di una sola farmacia sull'intero territorio nazionale;
- di essere Iscritto all'Albo Professionale della Provincia di _____
- di aver 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;
- 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;

PER LE FARMACIE PRIVATE E COMUNALI:

- che i locali non sono a distanza inferiore a mt. 200 per la via pedonale più breve;
- che i locali rispettano le distanze previste dalla normativa dalla più vicina farmacia
(per le farmacie istituite ai sensi dell'art. 104 del Testo Unico 1265/34 e successive modificazioni, il limite di distanza è pari a mt. 3.000 dalla farmacia più vicina);
- di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso che impediscano l'esercizio dell'attività;
- che ai fini antimafia non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza, o sospensione di cui all'art. 10 della Legge 575/1965 (requisiti antimafia);
- di garantire il rispetto dell'applicazione degli artt. 109,119 e 129 del R.D. 1265/34;
- di aver rispettato i requisiti igienico-sanitari previsti dalla normativa vigente;
- di essere consapevole della necessità di attivare ulteriori ed eventuali 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, antisismica ecc.)
- che provvederà a concordare con l'Azienda Sanitaria l'ispezione di cui all'art. 111 del R.D. 1265 del 1934 e a tal fine fa presente che i locali potranno essere ispezionati indicativamente il _____

ALLEGRO

[--] Planimetria in scala adeguata (di norma 1:50) dei nuovi locali compresi quelli eventualmente separati dalla farmacia e adibiti a deposito, magazzino, laboratorio con eventuale indicazione dello schema posizionamento delle attrezzature e arredi *

[--] Relazione tecnica descrittiva dei locali, delle attività e delle attrezzature *

[--] Versamento diritti ASL e diritti SUAP – (Informarsi presso il SUAP circa l'entità dei diritti da versare)

[] eventuali altri allegati _____

* **INDICARE** con precisione nelle planimetrie e/o nella relazione tecnica le informazioni utili sulle caratteristiche dei locali (superfici, altezze, illuminazione ecc...)

_____ li _____

Firma del dichiarante

*allegare fotocopia del documento
di riconoscimento in corso di validità.*

Attenzione:

Leggere attentamente le note di seguito riportate.

N. B.

- La domanda e la documentazione allegata deve essere trasmessa via p.e.c. allo Sportello Unico delle Attività Produttive dell'Unione Comuni Modenesi Area Nord, debitamente firmata digitalmente dai vari soggetti interessati. Nel caso in cui si sia proceduto a delegare uno studio professionale, è necessario redigere la "procura speciale" di cui alla modulistica allegata al presente documento;
- La domanda deve essere trasmessa in bollo da € 16,00 con numerazione chiaramente leggibile. E' altresì possibile utilizzare il "bollo virtuale";
- Per il rilascio dell'autorizzazione occorre trasmettere un bollo da € 16,00 con numerazione chiaramente leggibile. E' altresì possibile utilizzare il "bollo virtuale";
- L'autorizzazione, rilasciata dall'Amministrazione comunale, è subordinata all'esito positivo della ispezione ASL ed alle relative prescrizioni per quanto riguarda gli aspetti igienico/sanitari, ai sensi dell'art. 111 R.D. 1265/34, nonché al parere rilasciato dal Servizio Urbanistica comunale in merito alla pratica edilizia;
- A seguito del regolare invio della domanda, il S.U.A.P. ne trasmette copia:
alla ASL – servizio farmaceutico per il rilascio del relativo parere a seguito della visita ispettiva;
alla ASL (ufficio competente) per la pubblicazione all'ALBO dell'Azienda;
al Servizio Interventi Economici comunale, responsabile di procedimento, per la pubblicazione all'Albo Pretorio Comunale, per l'espletamento delle competenze istruttorie ed il successivo rilascio dell'atto amministrativo finale;
- Il procedimento si conclude con la trasmissione da parte del S.U.A.P. del provvedimento amministrativo finale rilasciato dall'Amministrazione comunale. I termini di conclusione del procedimento sono stabiliti entro i gg. 90 (novanta) dalla data di regolare ricevimento della istanza, salvo provvedimenti di interruzione dei termini necessari alla acquisizione di documentazione integrativa. Tali provvedimenti di interruzione saranno puntualmente comunicati alle parti interessate a cura del S.U.A.P.;
- Nel caso in cui la titolarità della Farmacia sia costituita in Società di persone, l'autocertificazione deve essere estesa a tutti i soci (vedi allegato al presente documento) e trasmessa in allegato alla domanda di autorizzazione.

FARMACIE

AUTOCERTIFICAZIONE DEI SOCI

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

Io sottoscritto/a _____
Cognome _____ nome _____

Nato/a il ____/____/____ Luogo di nascita _____ (Prov. ____)

Cittadinanza _____ c. Fisc

Residente a _____ CAP _____ (Prov. ____)

Via/Piazza _____ n. _____ tel. _____

cell. _____ E-mail _____ @ _____ []
barrare la casella se dispone di firma digitale

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

In qualità di socio della Società di persone avente la seguente denominazione

_____ con sede legale/amministrativa nel Comune di _____

(Prov. ____) Via/Piazza _____ n. _____

CAP _____ Tel. _____ Tel. _____ Fax _____

E-mail _____ @ _____ [] barrare la casella se dispone di firma digitale

p.e.c. _____ @ _____ [] barrare la casella se dispone di firma digitale

Iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di _____ al n. ____

Farmacia sita in Mirandola, Via/Piazza _____ n. ____

c.Fisc./p.IVA _____ Iscrizione al Tribunale di _____ al n. ____
(se prevista)

DICHIARO

- 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 della Provincia di _____
- 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 avere condanne penali né ha procedimenti penali in corso che impediscano l'esercizio dell'attività;
- Che ai fini antimafia non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza, o sospensione di cui all'art. 10 della Legge 575/1965 (requisiti antimafia)

_____ lì _____

FIRMA DEL SOCIO

allegare fotocopia del documento
di riconoscimento in corso di validità.

PROCURA "SPECIALE"

ai sensi co.3 bis art.38 DPR.445/2000

Codice di identificazione della pratica: SUAP

CCIAA _____

Io sottoscritto/a

cognome _____

nome _____

in qualità di:

richiedente/ titolare/ legale rappresentante _____

dell'impresa/società _____

codice fiscale

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

- "aggiungi anagrafica" - *in caso di più soggetti*

con la presente scrittura, a valere ad ogni fine di legge, conferisco a:

associazione (specificare): _____

studio Professionale (specificare): _____

altro (es.: privato cittadino, da specificare): _____

con sede (solo per forme associate):

comune _____

prov. _____

codice fiscale

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

nella persona di:

cognome _____

nome _____

codice fiscale

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

Tel./cell. _____

e.mail/ PEC _____

procura speciale:

1. per la sottoscrizione con firma digitale, compilazione e presentazione telematica della pratica, al SUAP territorialmente competente e/o alla CCIAA;
 2. per tutti gli atti e le comunicazioni, inerenti all'inoltro on-line della medesima pratica;
 3. per l'elezione del domicilio speciale elettronico di tutti gli atti e le comunicazioni inerenti la pratica e/o il procedimento amministrativo, presso l'indirizzo di posta elettronica del procuratore, che provvede alla trasmissione telematica (la ricezione di atti e provvedimenti anche limitativi della sfera giuridica del delegante);
 4. altro (*specificare, ad es.:ogni adempimento successivo previsto dal procedimento*):
-

Sarà mia cura comunicare tempestivamente l'eventuale revoca della procura speciale a: Sportello Unico per le attività produttive territorialmente competente/ CCIAA.

Prendo atto dell'informativa* di cui all'art. 13 del D.Lgs. 30.06.2003, n. 196 (Privacy) in calce alla presente.

Dichiaro inoltre

ai sensi e per gli effetti dell'articolo 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle responsabilità penali di cui all'articolo 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci o, nel caso di SCIA, consapevole dell'applicazione delle sanzioni penali di cui all'art. 19, comma 6, della legge 241/1990, che:

- ✓ i requisiti dichiarati nella modulistica corrispondono a quelli effettivamente posseduti e richiesti per i soggetti indicati ed i locali dell'attività, dalla normativa vigente,
- ✓ la corrispondenza della modulistica e delle copie dei documenti (non notarili) allegati alla precitata pratica, ai documenti conservati agli atti dell'impresa e del procuratore,
- ✓ di sottoscrivere gli elaborati grafici cartacei, i cui file saranno firmati digitalmente e successivamente inviati dal procuratore.

Dichiarazione da compilare unicamente per la CCIAA:

Cariche sociali

rilevante nell'ipotesi di domanda di iscrizione della nomina alle cariche sociali-

Dichiara/no che non sussistono cause di ineleggibilità ai fini dell'iscrizione delle cariche assunte in organi di amministrazione (art. 2383 c.c.) e di controllo (art. 2400 c.c.) della società.

	COGNOME e NOME		
	CODICE FISCALE		
	QUALIFICA(1)	(1) Amministratore, titolare, socio, legale rappresentante, sindaco, ecc.	
	firma autografa		

	COGNOME e NOME		
	CODICE FISCALE		
	QUALIFICA(1)	(1) Amministratore, titolare, socio, legale rappresentante, sindaco, ecc.	
	firma autografa		

	COGNOME e NOME		
	CODICE FISCALE		
	QUALIFICA(1)	(1) Amministratore, titolare, socio, legale rappresentante, sindaco, ecc.	
	firma autografa		

Luogo:

Data:

In fede

(il delegante)

(N.B La firma si intende per la sottoscrizione dell'intero modulo di procura)

Firma

IL PROCURATORE (incaricato)

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà resa dal Procuratore ai sensi del DPR 447/2000, art.47 per presa visione ed accettazione dell'incarico conferito.

Il procuratore, che sottoscrive con firma digitale la copia informatica (immagine scansionata) del presente documento, ai sensi del D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali di cui all'articolo 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

dichiara

di agire in qualità di procuratore speciale in rappresentanza del soggetto che ha posto la propria firma autografa sulla procura stessa;

che i dati trasmessi in via telematica sono stati resi in modo fedele alle dichiarazioni del soggetto rappresentato;

che la copia informatica di eventuali documenti non notarili contenenti dichiarazioni presenti nella modulistica destinata al SUAP/CCIA, allegati alla pratica inviata, corrispondono ai documenti acquisiti, che sono stati prodotti dal delegante;

che la conservazione in originale dei documenti avviene presso la sede del procuratore qualora non siano custoditi presso il soggetto delegante;

che gli elaborati grafici cartacei già firmati da tutti i soggetti (proprietari e tecnici), che a causa del grande formato non sono scansionabili integralmente, sono conformi ai file firmati digitalmente.

I medesimi file, firmati digitalmente, sono inviati con:

- la copia informatica dell'intestazione/cartiglio cartaceo (di formato A4) contenente le firme dei soggetti sottoscrittori,
- la copia informatica del documento d'identità dei sottoscrittori.

Firmato in digitale dal procuratore

Nota_1: informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30.06.2003, n. 196 (Privacy)

I dati riferiti a persone ed imprese sopra riportati, sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini della pratica e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

Nota_2: Modalità

Il presente modello, se non firmato digitalmente dal delegante, deve essere compilato e sottoscritto con firma autografa dal delegante.

Successivamente a cura del delegato/incaricato/procuratore, deve essere scansionato e trasformato in copia informatica di formato: pdf, firmato digitalmente dal delegato ed allegato alla pratica.

Al presente modello deve essere sempre allegata la copia informatica di un documento di identità valido di ciascuno dei soggetti che hanno apposto la firma autografa.

La copia informatica del documento è costituita dal documento scansionato.