



**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)

**Inviare Tramite il portale AIDA ALLO SPORTELLO ATTIVITA' PRODUTTIVE del Comune di
Lucca**

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 Lucca;

Si dichiara che:

Via S.Giustina, 6 - 55100 Lucca – Telefono 0583 4422



Città di Lucca

**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)

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 ha come oggetto esclusivo la gestione di una farmacia;

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 opzioni 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 del'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. _____,
iscritto all'Albo Professionale dei Farmacisti della Provincia di _____, che acconsente alla nomina
di Direttore della Farmacia;

Via S.Giustina, 6 - 55100 Lucca – Telefono 0583 4422



**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)*

- 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

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 ;

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 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.

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



**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)

ALLEGATO A

DICHIARAZIONE DEL FARMACISTA DIRETTORE

(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 farmacista direttore della
farmacia _____

DICHIARA

- di essere Iscritto all'Ordine provinciale dei farmacisti di _____;
- di essere in possesso del requisito di idoneità previsto dall'art. 12 della L. 475/1968 e ss.mm.ii.;
- di non incorrere in aspetti di incompatibilità ai sensi degli artt. 7 e 8 della L. 362/1991 e ss.mm.ii. e dell'art. 13 della L. 475/1968 e ss.mm.ii.;

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).



**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)

ALLEGATO B

**DICHIARAZIONE DEL SOCIO DI SOCIETA' AVENTE AD OGGETTO LA GESTIONE
DI FARMACIA**

(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 non incorrere in aspetti di incompatibilità ai sensi degli artt. 7 ed 8 della L. 362/1991 e ss.mm.ii.;

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).*