

Allo Sportello Unico Attività Produttive del  
Comune di \_\_\_\_\_

**SEGNALAZIONE CERTIFICATA INIZIO ATTIVITÀ**  
**FARMACIA**

Il sottoscritto, Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

1. Dati azienda e rappresentante legale, ubicazione intervento, dati catastali:

Al fine di facilitare l'impresa (o il suo procuratore), nella compilazione della modulistica ed evitare l'inserimento dei medesimi dati, nei vari modelli necessari per l'invio della pratica, le informazioni sull'anagrafica dell'azienda, la localizzazione dell'intervento ed i dati catastali, devono essere inserite nel modello "*DUAP\_regione\_calabria*", da compilare nelle parti di interesse, firmare digitalmente e allegare, **OBBLIGATORIAMENTE**, alla pratica.

**DICHIARA**

di rendere tutte le dichiarazioni contenute nella presente ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del citato decreto e a conoscenza che, ai sensi dell'articolo 75 del medesimo decreto, qualora, dal controllo delle dichiarazioni qui rese, emerga la non veridicità delle stesse, decadrà dai benefici della presente dichiarazione ed incorrerà nelle sanzioni penali.

**SEGNALA**

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 19 della legge 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i. ed in applicazione del combinato disposto della L.R. n. 17 dell'11/06/1999 e del D lgs n. 52/1992 come integrato dal D gs n. 219/2006

A - AVVIO ATTIVITA'     B - SUBINGRESSO     C- VARIAZIONI ATTIVITA'     D - CESSAZIONE

## (QUADRO A)

**L'APERTURA DI UNA FARMACIA****Il Sottoscritto, dichiara:**

- di avere la disponibilità dei locali in quanto:
  - in proprietà
  - in affitto
  - altro (specificare): \_\_\_\_\_
  - da persona fisica: cognome e nome \_\_\_\_\_
  - da società: Denominazione \_\_\_\_\_
- che l'attività prevede nell'esercizio:
  - vendita ed erogazione al pubblico, in esercizio di vicinato, di farmaci e di ogni altra prestazione connessa alla salute del cittadino nell'ambito del servizio sanitario nazionale:

**DICHIARA**

- di avere titolo, legittimazione e possesso dei requisiti per la presentazione della presente S.C.I.A
- il sottoscritto inoltre fornisce unitamente alla presente segnalazione le seguenti:
  - n. \_\_\_\_\_ attestazioni e asseverazioni di tecnici abilitati
  - dichiarazioni di conformità da parte dell'Agenzia delle imprese

**PRESUPPOSTO PER LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA'**

- di avere ottenuto il provvedimento regionale autorizzativo alla apertura di un nuovo esercizio farmaceutico, n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**REQUISITI STRUTTURALI, IGIENICO-EDILIZI ED URBANISTICI**

- che la struttura destinata all'esercizio dell'attività possiede i requisiti strutturali, igienico-edilizi previsti dalla vigente normativa e la destinazione d'uso conforme a quanto indicato negli strumenti urbanistici vigenti, in base al seguente titolo abilitativo edilizio: *(indicare gli estremi del titolo edilizio eventualmente già posseduto)*

<input type="checkbox"/> Permesso di costruire	<input type="checkbox"/> Autorizzazione edilizia	<input type="checkbox"/> DIA edilizia	Estremi del titolo abilitativo n. _____ del _____
<input type="checkbox"/> SCIA edilizia	<input type="checkbox"/> C.I.L.	<input type="checkbox"/> C.I.L.A.	
<input type="checkbox"/> Certificato o Attestazione di agibilità n. _____ del _____			

**REQUISITI IGIENICO SANITARI:**

per l'esercizio dell'attività:

- si inoltra, unitamente alla presente, apposita Segnalazione Igienico-Sanitaria da sottoporre all'ASP di \_\_\_\_\_ ai sensi del Regolamento (CE) n. 852/2004 sull'igiene dei prodotti alimentari;
- SCIA sanitaria presentata al S.U.A.P. in data \_\_\_\_\_

## (QUADRO B)

## IL SUB-INGRESSO IN UN ESERCIZIO DI FARMACIA

Il sottoscritto dichiara di essere subentrato alla ditta \_\_\_\_\_ a seguito di

\_\_\_\_\_  
*Acquisto, affitto ramo d'azienda, eredità*

e che non intende apportare alcuna modifica alle strutture, agli impianti ed all'assetto produttivo che possano comportare variazioni sulla eventuale reg.ne sanitaria (REG CE n. 852/2004) sia sulle condizioni edilizie, urbanistiche e di destinazione d'uso che hanno determinato, a suo tempo, il rilascio dell'autorizzazione o la presentazione della DIA

## DICHIARA

di avere titolo, legittimazione e possesso dei requisiti per la presentazione della presente S.C.I.A ed inoltre

## ALLEGA

- Copia dell'atto di acquisto o di affitto del ramo di azienda o copia della dichiarazione di successione nonché del provvedimento regionale di autorizzazione alla variazione di titolarità della farmacia

## (QUADRO C)

## VARIAZIONE ATTIVITA'

- Il cambio del L.R. della società dal sig. \_\_\_\_\_  
 al sig. \_\_\_\_\_
- la variazione della natura giuridica e/o ragione sociale e/o denominazione della società
- da: \_\_\_\_\_
  - a: \_\_\_\_\_
- la variazione della natura giuridica e/o ragione sociale e/o denominazione della società
- da: \_\_\_\_\_
  - a: \_\_\_\_\_
- Il trasferimento da via \_\_\_\_\_ al nuovo indirizzo:  
 Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_
- le seguenti variazioni /modifiche alla denominazione, struttura e/o alla tipologia di attività per come di seguito specificato: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## ALLEGA

- Copia del Provvedimento Regionale di autorizzazione alla variazione richiesta

(QUADRO D)

**LA CESSAZIONE DELL'ATTIVITA**

Il sottoscritto autorizzato all'attività in base a :

 Autorizzazione/DIA/SCIA presentata a codesto Comune in data \_\_\_\_\_**Dichiara**

di cessare l'attività in data \_\_\_\_\_ e deposita il titolo autorizzatorio

**Verifiche e Controlli**

Si allega la seguente documentazione :

- Copia del Provvedimento Regionale di autorizzazione alla apertura della farmacia
- Titolo disponibilità immobile  
Statuto e atto costitutivo (in caso di società)

Sono stati compilati i quadri:     A                       B                       C                       D

Data \_\_\_\_\_

Firma del segnalante

*Riportare da tastiera il nominativo del firmatario →**\_\_\_\_\_*  
*Firmare anche con dispositivo di firma digitale*

**All. 1****DICHIARAZIONE  
DA SOTTOSCRIVERE A CURA DI ALTRE PERSONE (AMMINISTRATORI, SOCI)**

Il sottoscritto, Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Sesso M  F  - Luogo di nascita: Stato \_\_\_\_\_ Provincia (\_\_) Comune \_\_\_\_\_

- Residenza: Provincia (\_\_) Comune \_\_\_\_\_ Via/P.zza \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_@ \_\_\_\_\_ - Tel.

\_\_\_\_\_ - cell. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- Di essere in possesso dei requisiti morali previsti dagli articoli 11 e 92 del T.U.L.P.S.;
- Che non sussistono nei propri confronti “cause di divieto, di decadenza o sospensione di cui all’articolo 67 del Decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159”;

Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la formazione e l’uso di atti falsi o l’esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (articolo 76 del d.P.R. n. 445/2000).

Il sottoscritto ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003 dichiara di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale le presenti dichiarazioni vengono rese e autorizza il trattamento dei dati forniti per l’espletamento delle funzioni istituzionali da parte del Comune.

Data \_\_\_\_\_

Il Dichiarante

*Riportare da tastiera il nominativo del firmatario →*

---

*Firmare anche con dispositivo di firma digitale*

**AII. 2****COMUNICAZIONE DEL SOGGETTO FISICO DESIGNATO ALL'INSERIMENTO ED AGGIORNAMENTO DEI DATI ANAGRAFICI AI SENSI DEL DECRETO 15/07/2004 " progetto tracciabilità del farmaco "**

Il sottoscritto, Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Cod. Fiscale \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_  
Sesso M  F  - Luogo di nascita: Stato \_\_\_\_\_ Provincia (\_\_) Comune \_\_\_\_\_  
- Residenza: Provincia (\_\_) Comune \_\_\_\_\_ Via/P.zza \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_ - Tel.  
\_\_\_\_\_ - cell. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ quale  
titolare/L.R. della ditta \_\_\_\_\_ con sede legale in via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**DESIGNA**

- Il sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ quale responsabile della comunicazione  
informatica attraverso il sito internet del Ministero della Salute, per quanto attiene all'inserimento dei  
dati anagrafici e delle successive modifiche ed integrazioni relative agli esercizi commerciali di cui la  
sopra citata azienda è titolare ed attraverso i quali viene svolta attività di distribuzione di farmaci ai  
sensi dell'art. 5 della Legge n. 248/2006
- Si impegna a dare immediata comunicazione scritta dell'eventuale rinuncia al presente incarico e del  
nuovo designato.

Data \_\_\_\_\_

**Il Dichiarante**

*Riportare da tastiera il nominativo del firmatario →*

\_\_\_\_\_  
*Firmare anche con dispositivo di firma digitale*

**All. 3**

**MODALITA' ADOTTATE PER IDENTIFICARE L'APPOSITO REPARTO**

Il sottoscritto, Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Sesso M  F  - Luogo di nascita: Stato \_\_\_\_\_ Provincia (\_\_) Comune \_\_\_\_\_

- Residenza: Provincia (\_\_) Comune \_\_\_\_\_ Via/P.zza \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_ - Tel.

\_\_\_\_\_ - cell. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ quale

titolare/L.R. della ditta \_\_\_\_\_ con sede legale in via

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**COMUNICA**

Le modalità che vengono adottate per identificare l'apposito reparto:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Il Dichiarante**

*Riportare da tastiera il nominativo del firmatario →*

\_\_\_\_\_  
*Firmare anche con dispositivo di firma digitale*

**Al. 4****MODALITA' ADOTTATE PER LA CORRETTA CONSERVAZIONE DEI MEDICINALI**

Il sottoscritto, Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Sesso M  F  - Luogo di nascita: Stato \_\_\_\_\_ Provincia (\_\_) Comune \_\_\_\_\_

- Residenza: Provincia (\_\_) Comune \_\_\_\_\_ Via/P.zza \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_@ \_\_\_\_\_ - Tel.

\_\_\_\_\_ - cell. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ quale

titolare/L.R. della ditta \_\_\_\_\_ con sede legale in via

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**Comunica**

Le modalità che vengono adottate per la corretta conservazione dei medicinali:

---



---



---



---



---

Data \_\_\_\_\_

**Il Dichiarante***Riportare da tastiera il nominativo del firmatario* →\_\_\_\_\_ *Firmare anche con dispositivo di firma digitale*

Cronologia degli aggiornamenti del modello

Data	Modifica apportata	La modifica è sostanziale e comporta l'obbligo di ricompilazione in caso di utilizzo di versioni precedenti?
09/05/2015	Rielaborazione per adeguamento modulistica unificata nazionale edilizia	No
27/06/2014	Revisione del modello per semplificazione modalità compilazione Modifiche formattazione e codifica	No