Allo **Sportello Unico Attività Produttive**

del Comune di _____

SEGNALAZIONE CERTIFICATA INIZIO ATTIVITA' **FARMACIA**

Il sottoscritto, _____

Cognome **Nome**

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

Le informazioni sull'anagrafica dell'azienda, la localizzazione dell'intervento ed i dati catastali, vengono inserite, in fase di compilazione alla pratica, nelle schermate relative al soggetto richiedente e sono disponibili nel "Modello di riepilogo" della 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.

PRESENTA

ai sensi e per gli effetti dell'art. 19-bis della legge 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i., ed in applicazione delle leggi 2 aprile 1968, n. 475 e 8 novembre 1991, n. 362, e s.m.i., nonché della legge regionale 9 aprile 1990, n. 18 e s.m.i.

- **la SCIA, condizionata al rilascio dell'autorizzazione regionale, per l'apertura di nuova sede farmaceutica**

APERTURA DI UNA NUOVA SEDE FARMACEUTICA

Il Sottoscritto dichiara:

- di avere la disponibilità dei locali in quanto:
  - ☐ di proprietà
  - ☐ in affitto
  - ☐ altro(specificare): _____

    da persona fisica: cognome e nome _____

    da società: Denominazione_____
- di avere ottenuto il provvedimento regionale di assegnazione n. _____ del _____, della sede farmaceutica e di richiedere, con la presente, il rilascio dell'autorizzazione regionale all'apertura della sede farmaceutica indicata nel provvedimento di assegnazione **(PRESUPPOSTO PER LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA')**
- che l'attività prevede la vendita ed erogazione al pubblico di farmaci e di ogni altra prestazione connessa alla salute del cittadino nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale;
- il sottoscritto inoltre fornisce unitamente alla presente segnalazione, n. attestazioni e asseverazioni di tecnici abilitati;
- che la struttura destinata all'esercizio dell'attività possiede i requisiti strutturali, igienico-sanitari ed edilizi previsti dalla normativa vigente e la destinazione d'uso conforme a quanto indicato negli strumenti urbanistici vigenti;
- che l'immobile dove dovrà essere esercitata l'attività risulta agibile sulla base del seguente atto (indicare la tipologia: certificato di agibilità, attestazione di agibilità, segnalazione certificata di agibilità), n.

  del (REQUISITI STRUTTURALI ED URBANISTICI);

NOTIFICA SANITARIA

per l'esercizio dell'attività:

☐ si inoltra, unitamente alla presente, apposita NOTIFICA SANITARIA da sottoporre all'ASP di _____

ai sensi del Regolamento (CE) n. 852/2004 sull'igiene dei prodotti alimentari _____;

☐ la Notifica sanitaria è già stata presentata al S.U.A.P. in data

Si allega la seguente documentazione:

☐ Atto notarile di costituzione, qualora trattasi di società, per la gestione della farmacia, in copia conforme all'originale;

☐ Dichiarazione di accettazione della sede assegnata sottoscritta da tutti i componenti dell'associazione;

☐ Autocertificazione iscrizione Albo Professionale;

☐ Autocertificazione di non sussistenza di procedimenti e/o condanne penali e/o di provvedimenti iscritti nel Casellario Giudiziale ai sensi del DPR n. 445/2000 e ss. mm. ii.;

☐ Copia documento d'identità in corso di validità, con apposizione di firma autografa;

☐ Autocertificazione antimafia (anche dei singoli familiari maggiorenni facenti parte dello Stato di Famiglia di ciascun componente);

☐ Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che attesti l'assenza di cause ostative all'acquisizione della titolarità della farmacia e di situazioni di incompatibilità con la condizione di titolare di farmacia, (ai sensi dell'art.8 della legge n. 362/1991, dell'art.3 della legge 475/1968 e della legge 892/1984 e ss. mm. ii.), presentabile con riserva di produrre idonea documentazione;

☐ Autocertificazione di residenza e situazione di famiglia – DPR 445/200 e ss. mm. ii.;

☐ Attestazione, tramite perizia giurata redatta esclusivamente da un tecnico abilitato regolarmente iscritto all'Albo professionale, che il locale è situato nella zona già individuata dal Comune, corrisponde alla zona individuata dal decreto di assegnazione n. _____ del _____, ed è situato ad una distanza non inferiore a 200 metri dalla farmacia più vicina (la distanza è calcolata in conformità a quanto disposto dalla legge 362/91 art. 1 c. 5);

☐ Richiesta Parere igienico-sanitario rilasciato dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica dell'Azienda Sanitaria Provinciale competente per territorio, oppure, in alternativa il parere già acquisito;

☐ Attestazione di conformità degli impianti elettrico, idraulico e di condizionamento (se presente);

☐ Modalità di controllo e monitoraggio della temperatura ambientale;

☐ Planimetria funzionale del locale in scala che riporti l'organizzazione degli ambienti e relazione tecnica descrittiva recante timbro e firma del tecnico abilitato, con chiara indicazione della via in cui è ubicato l'ingresso dei locali della farmacia e relativi dati identificativi (denominazione/ragione sociale);

☐ Quietanza liberatoria versamento indennità di avviamento (se dovuta);

☐ Ricevuta di versamento tassa di concessione regionale come da tabella:

D.P.R. 121/1961 (D.P.R. 641/1972)	Indicazione degli atti soggetti a tassa	
15	**Concessione per l'apertura e l'esercizio di farmacie nei Comuni con popolazione:**	**Tassa di rilascio €.**
	a) fino a 5.000 abitanti	**278,89**
	b) da 5.001 a 10.000 abitanti	**834,18**
	c) da 10.001 a 15.000 abitanti	**1.667,12**
	d) da 15.001 a 40.000 abitanti	**2.666,16**
	e) da 40.001 a 100.000 abitanti	**3.997,38**
	f) da 100.001 a 200.000 abitanti	**5.331,07**
	g) da 200.001 a 500.000 abitanti	**8.328,18**
	h) superiore a 500.000 abitanti	**13.324,59**
	D.P.R. 14 gennaio 1972 n. 4, art. 1, 2° comma, lettera m)	

Il tributo è versato alla Regione Calabria tramite:

☐ c/c postale n.11037884 intestato a "Regione Calabria – Servizio Tesoreria Riscossione Tasse Concessioni Regionali C/O Sportello Regione – 88100 Catanzaro";

☐ Bonifico bancario sul conto di coordinate IBAN IT 40 O 076 0104 4000 0001 1037 884

Data_____

Firma del segnalante

Riportare da tastiera il nominativo del firmatario→ _____

Firmare anche con dispositivo di firma digitale