

Al Sindaco del Comune di

Al Direttore Generale
dell'Azienda Sanitaria Locale BR
Via Napoli n. 8
72100 BRINDISI

Oggetto: Istanza di autorizzazione all'ampliamento/ristrutturazione dei locali di farmacia nell'ambito della sede di pertinenza senza variazione ingresso e numero civico.

Il/La sottoscritta Dr/Dr.ssa/Sig/Sig.ra _____, nato/a a _____ (___) e residente in _____ alla Via/Piazza _____, CAP _____, cod. fisc. _____;

essendo in possesso dei prescritti requisiti di legge, in qualità di legale rappresentante della farmacia, avente ragione sociale " _____", con sede in _____, alla Via _____

CHIEDE

il rilascio del provvedimento di autorizzazione all'ampliamento dei locali della Farmacia _____ senza lo spostamento dell'ingresso principale, nell'ambito della propria sede di pertinenza.

Sempre al detto scopo, la sottoscritta allega alla presente istanza:

1. dichiarazione indicativa della data di fine lavori;
2. pianta planimetrica in scala 1/50 o 1/100 dei locali ove ha sede l'attività, datata e firmata da tecnico abilitato, con indicazione delle superfici e delle altezze di ciascun ambiente, corredata da legenda;
3. autocertificazione, redatta a norma di legge, a corredo della licenza di agibilità dell'immobile ove ha sede l'attività a firma di tecnico abilitato, attestante che l'agibilità è riferita allo stato attuale della struttura (autocertificazione per edifici costruiti prima del 1934, certificazione di abitabilità/usabilità dell'immobile per edifici costruiti dopo il 1934);
4. autocertificazione attestante l'idoneità all'uso specifico dei locali di che trattasi;
5. copia della fattura dell'Acquedotto Pugliese per l'allaccio alla rete idrica per uso non domestico (requisito documentabile anche con copia dell'istanza all'AQP di cambio del tipo di fornitura idrica);

6. dichiarazione del Responsabile Legale attestante che la struttura possiede i requisiti relativi alla sicurezza dei posti di lavoro e di aver ottemperato agli obblighi ed adempimenti previsti dal D. Lgs. 81/08;
7. copia della dichiarazione di conformità dell'impianto elettrico e degli impianti tecnologici, a norma di buona tecnica CEI, a firma di tecnico abilitato, corredata da certificato di iscrizione alla C.C.I.A.A. dello stesso tecnico impiantista e copia del documento del tecnico;
8. copia della denuncia dell'impianto di messa a terra corredata dagli estremi (raccomandata AR) della trasmissione all'INAIL, della verifica periodica dello stesso impianto (D.P.R. 462/01) e copia del verbale di omologazione dell'impianto di messa a terra;
9. Certificato Prevenzione Incendi rilasciato dal Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco ovvero dichiarazione circa la non obbligatorietà del predetto Certificato di Prevenzione Incendi (ai sensi del D.M. 18/09/2002 aggiornato con le modifiche introdotte dal D.M. 15/09/2005 e dal D.M. 19/03/2015);
10. Eventuale autorizzazione rilasciata dallo S.P.E.S.A.L. competente per territorio, in deroga all'art. 65 del D. Lgs 81/08 e s.m.i. nel caso di utilizzo di locali seminterrati o interrati;
11. Certificato di conformità e verifica degli ascensori o impianti elevatori laddove presenti;
12. Attestazione in originale del versamento effettuato tramite CUP del Distretto di € 77,10 intestato al Servizio Igiene e Sanità pubblica.
13. Relazione tecnica, a firma di tecnico abilitato, descrittiva dei locali: caratteristiche strutturali, microclima (sistemi di isolamento dall'umidità, impianti di riscaldamento e/o climatizzazione, condizioni di illuminazione e ventilazione naturale e/o sussidiaria dei singoli vani; misure adottate per l'abbattimento delle barriere architettoniche);
14. copia del documento di identità in corso di validità;
15. dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante la conformità agli originali delle fotocopie di documenti allegate all'istanza.

Il/La sottoscritto/a chiede che ogni comunicazione relativa al procedimento per il quale presenta l'istanza sia effettuata al seguente indirizzo:

(cognome e nome) _____

(recapito civico) _____

(recapito telefonico) _____

PEC _____

La sottoscritta è informata ed autorizza, ai sensi del D.Lgs 196/2003 e s.m., i destinatari in indirizzo al trattamento dei propri dati personali ai fini degli adempimenti connessi all'espletamento della procedura in oggetto.

Luogo e data _____

Dr./Dr.ssa _____

Firma _____

Parte riservata agli Uffici del Comune e dell'ASL: pubblicazione per 15 giorni agli Albi

Albo Pretorio del Comune di _____ dal _____ al _____

Albo dell'Azienda Sanitaria Locale BR dal _____ al _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(artt. 47 e 19 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

La sottoscritta _____, nata a _____
il _____ e residente in _____ alla Via _____,
consapevole che in caso di dichiarazioni false o mendaci sarà punito ai sensi del codice penale e delle
leggi speciali in materia (art. 76 D.P.R. 445/2000) e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato
emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici even-
tualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.
75 D.P.R. 445/2000),

DICHIARA

sotto la propria responsabilità che le sottoelencate copie fotostatiche sono conformi agli originali in
suo possesso:

Ai fini della verifica dell'autenticità della firma allega alla presente dichiarazione fotocopia del pro-
prio documento d'identità.

Luogo e data _____

firma
