

MARCA DA BOLLO  
tariffa vigente

Spett.le  
ATS Brescia  
SC Farmaceutico  
Viale Duca degli Abruzzi, 15  
25124 Brescia  
[protocollo@pec.ats-brescia.it](mailto:protocollo@pec.ats-brescia.it)

Oggetto: Richiesta autorizzazione al trasferimento (definitivo/provvisorio) della farmacia in altri locali nell'ambito della propria sede farmaceutica.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ Titolare/Direttore Responsabile della Farmacia \_\_\_\_\_ COD. BS0\_\_\_\_\_ ubicata in via \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, consapevole di quanto disposto dalla normativa vigente in materia,

**CHIEDE**

l'autorizzazione al trasferimento definitivo/provvisorio della sopraindicata farmacia in altri locali nell'ambito della propria sede farmaceutica, ubicati in via \_\_\_\_\_ al numero civico \_\_\_\_\_

A tal fine allega la seguente documentazione:

- Perizia tecnica asseverata dal tecnico atta a comprovare che i locali scelti sono:
  - ubicati nell'ambito della sede farmaceutica prevista dalla pianta organica vigente (*non necessario se sede unica*);
  - distanti mt. 200 dalla più vicina farmacia, con misurazione da soglia a soglia per la via pedonale più breve ai sensi dell'art. 1 Legge 362/1991 (*nel caso di criterio topografico distanti 3000 mt. dalle farmacie esistenti anche se ubicate in comuni diversi ai sensi dell'art. 104 comma 1, T.U.L.S. n. 1265/1934, come sostituito dall'art. 2, Legge n. 362/1991*);
- Planimetria dei locali datata e firmata in originale da tecnico abilitato e dal titolare/Direttore della farmacia, in scala 1:100, con indicati i rapporti aereo-illuminanti e le destinazioni d'uso dei singoli locali, le sezioni, le vie di fuga e l'accessibilità ai portatori di handicap (2 copie);
- Dichiarazione a firma del titolare/direttore del numero di addetti contemporaneamente presenti durante l'attività lavorativa in farmacia;
- Marca da bollo € 16,00 (*o tariffa in vigore*) per il rilascio di copia conforme legale della determina di autorizzazione al trasferimento definitivo/provvisorio della farmacia.

Si impegna inoltre, al fine di consentire a codesto Servizio l'espletamento dell'istruttoria necessaria al rilascio dell'autorizzazione, a trasmettere la comunicazione fine lavori (*modello 1*).

.....  
(luogo) (data)

IL TITOLARE/DIRETTORE RESPONSABILE ..... (firma)

Modello 1

Spett. le  
ATS Brescia  
SC Farmaceutico  
Viale Duca degli Abruzzi, 15  
25124 Brescia  
[protocollo@pec.ats-brescia.it](mailto:protocollo@pec.ats-brescia.it)

Oggetto: Farmacia \_\_\_\_\_:

**COMUNICAZIONE FINE LAVORI E RICHIESTA VISITA ISPETTIVA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ titolare/legale Rappresentante  
della Farmacia \_\_\_\_\_ COD. BS0\_\_\_\_\_  
ubicata nel comune di \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_, in riferimento all'istanza di:

TRASFERIMENTO LOCALI

**COMUNICA**

che i lavori sono terminati e i locali della farmacia sono disponibili per l'ispezione preventiva  
a decorrere dal \_\_\_\_\_.

Si allega:

- dichiarazione asseverata dal tecnico abilitato (mod. A).

.....  
(luogo) (data)

Allegati: Mod. A

IL TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE .....  
(firma)

**Mod. A**

**RELAZIONE TECNICA ASSEVERATA**  
(articoli 47, 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000)

Il sottoscritto

Cognome e nome \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_ iscritto al collegio/ordine \_\_\_\_\_

della provincia di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_

con studio in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

professionista incaricato dal Legale Rappresentante della Farmacia \_\_\_\_\_

sita nel comune di \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_,

oggetto dell'intervento,

in qualità di persona esercente un servizio di pubblica necessità ai sensi degli artt. 359 e 481 del Codice penale,

esperiti i necessari accertamenti di carattere urbanistico, edilizio, igienico ed a seguito di sopralluogo nel locale,

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 D.P.R. n. 445/2000 e la decadenza dai benefici conseguenti,

**ASSEVERA**

che i locali della farmacia oggetto dell'intervento, siti nel Comune di \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

censiti al catasto:

Sezione \_\_\_\_\_ Foglio \_\_\_\_\_ Particella \_\_\_\_\_ sub \_\_\_\_\_

- sono rispondenti all' elaborato planimetrico datato \_\_\_\_\_ e allegato alla presente;
- sono rispondenti ai requisiti edilizio-urbanistici propri degli immobili ad uso farmacia;
- sono rispondenti alle norme nazionali, regionali e locali in materia di igiene e salute applicabili (*specificare quali*) \_\_\_\_\_;
- sono conformi alla normativa vigente in materia di accessibilità e superamento delle barriere architettoniche per i locali pubblici e aperti al pubblico;
- sono rispondenti ai "Requisiti dei luoghi di lavoro" di cui all'allegato IV del D.Lgs n. 81/2008 e s.m.i. in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro;
- sono rispondenti alla normativa in materia di conformità impiantistica ed in possesso delle seguenti dichiarazioni di conformità (o dichiarazioni di rispondenza) e del collaudo, ove richiesto:

| Tipologia di impianto             | Dichiarazione di conformità | Dichiarazione di rispondenza | Collaudo |
|-----------------------------------|-----------------------------|------------------------------|----------|
| Elettrico                         | del ___/___/_____           |                              |          |
| Riscaldamento e/o climatizzazione | del ___/___/_____           |                              |          |
| Idrico sanitario                  | del ___/___/_____           |                              |          |
| Ascensori e montacarichi          | del ___/___/_____           |                              |          |

- sono in possesso:

|                          |   |          |      |
|--------------------------|---|----------|------|
| <input type="checkbox"/> | Certificato di agibilità  | Prot. n. | data |
| <input type="checkbox"/> | Richiesta di certificato di agibilità su cui è maturato il silenzio-assenso | Prot. n. | data |
| <input type="checkbox"/> | Segnalazione certificata di agibilità                                       | Prot. n. | data |
| <input type="checkbox"/> | Non è in possesso dell'agibilità ma di attestazione asseverata di agibilità | Prot. n. | data |

Luogo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Timbro \_\_\_\_\_

- Allegati:** 1) elaborato planimetrico  
2) fotocopia documento identità

Informativa ai sensi del decreto legislativo 196/2003, articolo 13:

- i dati forniti verranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla procedura per cui sono raccolti;
- il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;
- il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura;
- titolare del trattamento è l'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia;
- responsabile del trattamento è il dirigente Responsabile della struttura destinataria della presente dichiarazione;
- in ogni momento potranno essere esercitati nei confronti del titolare del trattamento i diritti di cui all'art. 7 del d.lgs.196/2003.

\_\_\_\_\_  
(luogo)

\_\_\_\_\_  
(data)

Firma del dichiarante .....

*Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza di dipendente addetto, ovvero inviata a mezzo raccomandata a.r., ovvero sottoscritta e inviata all'ufficio competente tramite p.e.c., unitamente a copia non autentica di valido documento d'identità del dichiarante nei casi previsti.*