



**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.*