

Spett.le ASUR n. 3
Servizio Farmaceutico
Via Ceccarini, 38
61032 FANO (PU)

Spett.le COMUNE TERRE ROVERESCHE
Piazzale della Ripa
61038 ORCIANO DI PESARO (PU)

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE AL
TRASFERIMENTO LOCALI FARMACIA
NELL'AMBITO DELLA SEDE DI PERTINENZA**

La sottoscritta: Cognome **VOLTA** Nome **MARIA LUISA**

Luogo di nascita: Comune **FANO (PU)**

Data di nascita **06/02/1958** Cittadinanza **ITALIANA**

Residenza: Via/piazza e n° civico **C.so G. Matteotti n. 59**

Comune **Orciano di Pesaro (PU) CAP. 61038 C.F. VLT MLS 58B46 D488S**

Titolare della DITTA INDIVIDUALE Legale rappresentante della SOCIETÀ

avente sede legale a **Orciano di Pesaro (PU)** in corso **G. Matteotti n. 83**

P.IVA **02587770419** tel. **0721 977698** fax **0721 977698**

e-mail farmaciamasseivolta@tiscali.it pec voltamarialuisa@pec.it

In qualità di Titolare Legale rappresentante

della FARMACIA PRIVATA

sita a **Orciano di Pesaro** in corso **G. Matteotti n. 83**

tel. **0721 977698** fax **0721 977698**

e-mail farmaciamasseivolta@tiscali.it pec voltamarialuisa@pec.it

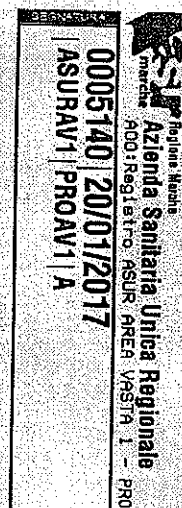
Iscritta al Registro Imprese di **Pesaro e Urbino** al n. **PS-193793**

CHIEDE

ai sensi della Legge 2 aprile 1968, n. 475 e s.m.i. l'autorizzazione al:

TRASFERIMENTO DEI LOCALI NELL'AMBITO DELLA SEDE DI PERTINENZA

della Farmacia suddetta nei locali posti in via **G. Matteotti n. 63-65**, che occupano una superficie totale di mq **71**, assicurando il rispetto delle distanze dal più vicino esercizio similare (*non inferiore a mt. 200 per la via pedonale più breve*).



Ai fini di cui sopra, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la formazione e l'uso di atti falsi o l'esibizione di atti contenenti dati non più rispondenti a verità sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (articolo 76 del D. P. R. n. 445 del 28 dicembre 2000),

DICHIARA

- che i locali rispettano le distanze previste dalla normativa dalla più vicina farmacia (*mt 200 misurati per la via pedonale più breve*);
- che l'attività è esercitata nel rispetto delle vigenti norme in materia igienico sanitaria, dei regolamenti edilizi e delle norme urbanistiche e di sicurezza e di destinazione d'uso dei locali;
- di garantire il rispetto dell'applicazione degli artt. 109,119 e 129 del R.D. 1265/34;
- che provvederà a concordare con l'Azienda Sanitaria l'ispezione di cui all'art. 111 del R.D. 1265/34 e a tal fine fa presente che i lavori sono terminati il 30/12/2016;

DICHIARA altresì di essere a conoscenza:

- che l'avvio dell'attività e' subordinata all'ispezione dell'ASUR ai sensi dell'art. 111 del R.D. 1265/34;

Per la sua validità la presente **RICHIESTA** é corredata della seguente documentazione:

- planimetria dei locali della nuova sede;
- richiesta certificato di agibilità;
- relazione tecnica descrittiva del fabbricato esistente, dei locali e degli impianti realizzati;
- dichiarazione di conformità degli impianti;
- copia documento di identità.

Dichiaro inoltre di essere informata, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n.196/03 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

data, 18/01/2017

FIRMA

Flavia Luisa Verde