

MARCA DA BOLLO  
tariffa vigente

Spett. le  
ATS Brescia  
SC Farmaceutico  
Viale Duca degli Abruzzi, 15  
25124 Brescia  
protocollo@pec.ats-brescia.it

**Oggetto:** ISTANZA autorizzazione ampliamento / riduzione locali farmacia - Comunicazione INIZIO lavori.

Il/la sottoscritto/a  C.F.

in qualità di LEGALE RAPPRESENTANTE della FARMACIA

Cod. Reg. BS0  sita in via  n°

Comune di  CAP

### CHIEDE

l'autorizzazione all'ampliamento / riduzione dei locali della sopraindicata farmacia.

(specificare brevemente il tipo di intervento) :

A tal fine comunica l'avvio dei lavori a decorrere dal gg/mm/aaaa

Al termine dell'intervento (indicare la data presunta di fine lavori gg/mm/aaaa  si impegna a trasmettere tempestivamente alla SC Farmaceutico :

- la comunicazione di FINE lavori (modello 1 e mod. A dichiarazione asseverata dal Tecnico abilitato completa di elaborato planimetrico dei locali in scala 1:100 da recapitare in originale presso la segreteria della SC Farmaceutico e anticipare via PEC in formato A3 con firma digitale) con indicate le destinazioni d'uso dei singoli locali con le relative superfici (mq), cartiglio riportante denominazione della farmacia, data di redazione, timbro e firma del tecnico abilitato, nonché quella del Legale Rappresentante e planimetria catastale)
- la disponibilità dei locali per ispezione preventiva.

Allega 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.

/

(luogo)

(data)

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

Modello 1

Spett. le  
ATS Brescia  
SC Farmaceutico  
Viale Duca degli Abruzzi, 15  
25124 Brescia  
protocollo@pec.ats-brescia.it

**Oggetto:** Comunicazione di FINE lavori di ampliamento / riduzione locali farmacia e  
RICHIESTA VISITA ISPETTIVA.

Il/la sottoscritto/a  C.F.

in qualità di LEGALE RAPPRESENTANTE della FARMACIA

Cod. Reg. BS0  sita in via  n°

Comune di  CAP

### COMUNICA

che, in riferimento all'istanza di ampliamento / riduzione locali presentata in data gg/mm/aaaa

- i lavori sono terminati in data gg/mm/aaaa
- i locali della farmacia sono disponibili per l'ispezione preventiva a decorrere dal  
gg/mm/aaaa

Allega dichiarazione asseverata dal Tecnico abilitato (mod. A), con i relativi allegati: elaborato planimetrico dei locali in scala 1:100, con indicate le destinazioni d'uso dei singoli locali con le relative superfici (mq), completa di cartiglio riportante denominazione della farmacia, data di redazione, timbro e firma del tecnico abilitato, nonché quella del Legale Rappresentante; planimetria catastale.

,

(luogo)

(data)

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

**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

Categoria  come da **planimetria catastale** allegata,

- sono rispondenti **all'elaborato planimetrico** 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 e vigenti;

- 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 della documentazione prevista dal DM 37/08 e ss.mm.ii.
- è presente la documentazione di idoneità urbanistica richiesta dall'Ente competente;

Luogo

Firma

Data

Timbro

Allegati:

- 1) planimetria catastale dell'immobile
- 2) elaborato planimetrico
- 3) fotocopia documento identità

Informativa ai sensi e per gli effetti degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (l'informativa completa è pubblicata sul sito [www.ats-brescia.it](http://www.ats-brescia.it)):

- 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/Responsabile del trattamento i diritti di cui all'artt. 15 e ss. del Reg. 679/2016/UE.

(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.