

Amministrazione destinataria

Comune di Vetralla

Ufficio destinatario

Ufficio SUAP



Domanda di autorizzazione per avvio, modifica o variazione attività per farmacia

Il sottos	critto									
Cognome			Nome			Codice Fis	scale			
Data di nasci	ita	Sesso	Luogo di nascita			Cittadinar	ıza			
Residenza										
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cell	lulare Telefono fiss	0	Posta elettronica ordinaria			Posta elet	tronica certi	ficata		
in qualité	à di (questa sezione deve e	accora compila	ata co il dichigranto non à ur	na norcona fic	ical					
Ruolo	a ui (questa sezione deve e	essere complic	ita se il alchiarante non e un	ій регзопа тізі	cuj					
112010										
Donominazio	one/Ragione sociale					Tipologia				
Dellominazio	one/ Ragione Sociale					Tipologia				
Sede legale										
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Codice Fiscal	lo.			Partita IVA						
Cource Fiscal	le			Partita IVA						
Telefono			Posta elettronica ordinaria			Posta ele	ttronica certi	ficata		
Iscrizione al I	Registro Imprese della Came	ra di Commerci	0		Provincia	Numero Is	scrizione			
Iscrizione al I	Repertorio Economico e Amm	ninistrativo (RE	A)		Provincia	Numero is	crizione			

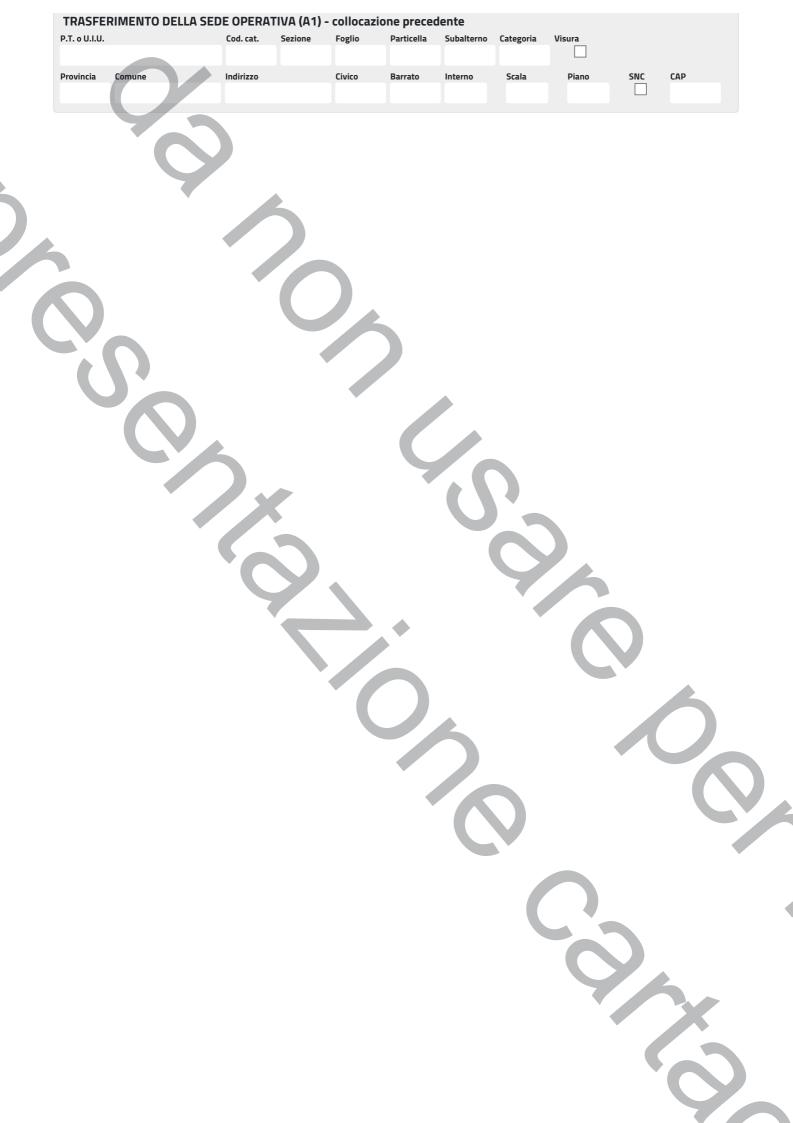
domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica certificata

in r	elazione all'at	tività di fai	macia con	sede ope	erativa in						
(in co	so di trasferimento de	lla sede operativ	a all'interno del	territorio comu	ınale inserire la i	nuova sede oper	ativa)				
P.T. o	U.I.U.		Cod. cat.	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura		
Provi	ncia Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	САР
	iori immobili oggetto rocedimento rig		nto (allegare il		<i>iori immobili og</i> i immobili	getto del proced	imento")				
Agibi	lità dei locali					Protocollo			Data		
Incom											
Inseg	па										
					c	HIEDE					
0	il rilascio dell'a	autorizzazi	one per l'av	vvio dell'a	ttività						
0	il rilascio dell'a	autorizzazi	one per il t	rasferime	nto della s	ede operati	va all'inter	no del terr	itorio comu	nale	
0	il rilascio dell'a	autorizzazi	one per la i	modifica d	di locali/im	oianti					
0	il rilascio dell'a	autorizzazi	one per la i	modifica c	dell'attività	svolta					
0	la volturazion	e dell'autor	rizzazione								
in p	recedenza aut	orizzato tr	amite auto	orizzazior	ne o licenza						
Num			Data			Numero					
Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n.											
445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n.											
445	5 e dall'articolo	483 del Co	dice Penal	le nel caso		azioni non v CHIARA	veritiere e d	di falsità in	atti,		
✓	che nei propri	confronti	non sono s	state ann			ento definit	ivo una de	elle misure	di prevenz	zione nreviste
	dal libro I, tit							· · · · · · ·		•	•
	prevenzione, n			·				_			
✓											
	che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel										
_	casellario giuc						J				
✓	di non essere	-	_				_				
✓	che nei confro		ocietà non	sono sta	ite present	ate nell'ult	imo quinq	uennio ista	anze di falli	mento o a	ammissione a
	concordato pr		: -	:	:_:/:::-			: -11	.1-:	-10-11-163	
✓	di essere in p							ırı allo svo	oigimento a	eli attivita	(ad esemplo
✓	autorizzazioni scarichi/emissioni, nulla osta prevenzione incendi, ecc.)										
	che i locali ed i servizi igienici sono conformi alle caratteristiche dettate dalle normative in materia sanitaria, edilizia, urbanistica e ad ogni altra normativa e regolamentazione vigente										
✓	che provvede	_		_		_	ente com	petente l'is	spezione di	cui all'art	icolo 111 del
	Regio Decreto								•		
	Data indicativa fine				-						
✓	che con il rilas	cio dell'att	o di cui al p	resente p	rocedimen	to il sottos	critto risult	terà titolar	e dell'eserc	zio di una	sola farmacia
	sull'intero terr	itorio nazio	onale								
✓	di godere dei d	diritti civili e	e politici								

0	di non essere soggetto alla notifica l'insediamento prevede l'impiego di un di essere soggetto alla notifica di cui a prevede l'impiego di un numero di adde	numero di addetti pa all'articolo 67 del De	ari o inferiore a tre creto legislativo 0	9/04/2008, n. 81, in qu	uanto l'insediamento
✓	di aver conseguito la laurea Corso di laurea	Data concoguimento		Università	
	Corso di laurea	Data conseguimento		Università	
✓	di avvan anno annias Valaitiannias				
V	di aver conseguito l'abilitazione	Data		Ente di riferimento	
	willero	Data		Ente di merimento	
	di essere iscritto all'ordine dei farmacis	L:			
	Numero iscrizione	Data iscrizione		Provincia iscrizione	
	Numero iscrizione	Data iscrizione		Provincia iscrizione	
(da l	compilare in caso di avvio dell'attività e volturazione detti tenuti alla dichiarazione dei requisiti morali unico soggetto tenuto a presentare la dell'articolo 2 del Decreto del Presiden oltre al sottoscrivente ci sono altri so l'esercizio dell'attività (compilare il modello "autocertificazione dei requisione dei requi	dell'autorizzazione) dichiarazione del pos te della Repubblica C ggetti tenuti a pres	ssesso dei requisit 13/06/1998, n. 252	<u>2</u>	
	(compilare il modello datocercificazione dei requisi	- Thorair ar aith soggetti j			
210					
	IO DELL'ATTIVITA' (AO)				
ATTIUE	enza/capienza				
	ci ATECO attività svolte dell'impresa (da compilare se l'a ce ATECO (ad esempio 14.11.00)		renditoriale) alidazione codice	YA	
Codic	te ATECO (ad esempio 14.11.00)	no V	alidazione codice		
Codic	te ATECO (ad esempio 14.11.00) Ar	no V:	alidazione codice	C	
			alidazione codice		
Codic	te ATECO (ad esempio 14.11.00) Ar	no V	alidazione codice		
	ero addetti (indicare il numero di addetti previsto al mo ique ed a qualunque titolo lavori presso la sede operati		V 1	mente dalla tipologia contrattua	le. Per addetto si intende
Durat	ta dell'attività				
0	permanente				
	temporanea				
	Data di inizio attività temporanea		Data di fine attività tem	poranea	
	·				
0	stagionale Data di inizio attività stagionale		Data di fine attività stag	ionale	
Supe	rfici				
Supe	rficie prevista per l'esercizio dell'attività Su	perficie per altro uso (maga:	zzini, servizi, ecc.)	Superficie complessiva	
	m²		m²		m²



MODIFICA DEI LOCALI/IMPIANTI Tipologia modifica estensione superficie destinata all'attività oggetto	o della presente segnalazione
riduzione superficie destinata all'attività oggetto d	della presente segnalazione
Descrizione modifica (descrivere cosa comporta la modifica e la nuova distr	ibuzione delle superfici)
ALTRA VARIAZIONE APPORTATA ALL'ATTIVITA' (A4) Descrizione variazione apportata	
VOLTURAZIONE AUTORIZZAZIONE - subingresso a Denominazione/Ragione sociale	Tipologia
Sede legale Provincia Comune Indirizzo	Civico Barrato Interno Scala Piano SNC CAP
Codice fiscale	Partita IVA
A far tempo dal giorno A seguito di	Descrizione
Dichiara inoltre Modifiche locali	
	alle planimetrie già in possesso di codesto Comune
che i locali hanno riportato modifiche per le quali s	sarà presentata apposita domanda di autorizzazione
Modifiche attività che nulla è cambiato nelle condizioni di esercizio d	dell'attività precedentemente autorizzata/dichiarata
che sono cambiate le condizioni di esercizio dell'a	ttività precedentemente autorizzata/dichiarata

□re	eferente per la pratica									
Cognome		Nome		Codice Fiscale						
Data d	li nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
	7 >									
Telefo	ono cellulare Telefono fiss	so	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata					
			Elenco degli alleg	ati						
	0		i gli allegati richiesti in fase di presentazione d	della pratica ed ele	encati sul portale)					
	n° autocertificazione dei requisiti morali di altri soggetti									
	copia dell'atto di cessione o dichiarazione notarile o dichiarazione sostitutiva degli eredi in caso di subentro mortis causa									
	planimetria dei locali									
	relazione tecnica descrittiva delle modalità di svolgimento dell'attività									
$\overline{\mathbf{V}}$	pagamento dell'imposta di bollo									
	ulteriori immobili oggetto del procedimento									
	copia del permesso di soggiorno									
	(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)									
Ш	copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura									
	altri allegati (specificare)									
Informativa sul trattamento dei dati personali										
(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)										
					ati personali pubblicata sul sito internet					
	'				elle informazioni trasmesse all'atto della					
	presentazione della prati									
	practical practi	1								