

Protocollo



REGIONE SICILIANA

SWAP

Sportello Unico Attività Produttive



<b>COMUNE DI NOTO</b>	<b>ALLEGATO C-3</b>
21 LUG 2014	
<b>ENTRATA</b>	

<b>COMUNE DI NOTO</b> UFF. PROTOCOLLO-REGISTRAR	<b>Trasferimento di sede dell'esercizio</b>
21 LUG 2014	
22464	

### 1. Dati generali dell'intervento

1.1 - Ubicazione intervento (Indicare il Comune e l'indirizzo inseriti nel modulo di domanda unica - sezione Dati dell'intervento)

NOTO

1.2 - Generalità dell'interessato (Indicare Nome e Cognome del firmatario indicato nel modulo di domanda unica - sezione Dati firmatario)

VALVO VINCENZO

1.3 - Riportare descrizione sintetica dell'intervento (Riportare la Descrizione inserita nel modulo di domanda unica - sezione Dati dell'intervento)

### 2. Dati relativi all'attività che si intende trasferire

Il sottoscritto (nome e cognome) **VINCENZO VALVO**

I cui dati anagrafici completi sono contenuti nella Domanda Unica.

**DICHIARA**

Quanto contenuto nei seguenti quadri:

#### 2.1 - Estremi dei precedenti atti abilitativi inerenti l'esercizio

Riportare di seguito gli estremi delle precedenti autorizzazioni, DIA, dichiarazioni autocertificative e altri atti abilitativi comunque denominati, inerenti l'esercizio di cui trattasi:

AUTORIZZAZIONE DECRETO ASSESS. 79275 del 08.02.1990

### 3. Dati della precedente ubicazione dell'esercizio

#### 3.1 - Identificazione stradale

Indirizzo (es. via Roma n° 2) VIA S. GALLO 96 TESTA DELL'ACQUA

Altri dati (es. piano, scala, ecc.)

#### 3.2 - Identificazione catastale

catasto terreni  catasto fabbricati

Foglio

Mappale

Subalterno

#### 3.3 - Ulteriori criteri di identificazione

Posteggio n° del mercato/fiera

Attività svolta online, sul sito

Altro (indicare)

### 4. Dati della nuova ubicazione dell'esercizio

#### 4.1 - Identificazione stradale

Indirizzo (es. via Roma n° 2) PIAZZA DELLA COLONIA N° 10

Altri dati (es. piano, scala, ecc.) NOTO PARINA

#### 4.2 - Identificazione catastale

catasto terreni  catasto fabbricati

Foglio 317

Mappale PART. 707

Subalterno 8

#### 4.3 - Ulteriori criteri di identificazione

Posteggio n° del mercato/fiera

Attività svolta online, sul sito

Altro (indicare)

### 5. Data e firma

Luogo e data

NOTO 18.07.2014

Firma dell'interessato

Val. Vincenti

**Domanda di autorizzazione al TRASFERIMENTO LOCALI FARMACIE  
nell'ambito della sede di pertinenza**

ALLO SPORTELLINO UNICO ATTIVITA'  
PRODUTTIVE COMUNE DI NOTO \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Cognome: **VALVO** \_\_\_\_\_ Nome: **VINCENZO**  
Data di nascita **10/02/1957** \_\_\_\_\_ Luogo di nascita **PALAZZOLO ACREIDE** (Prov. SR )  
Cittadinanza italiana \_\_\_\_\_ **Codice Fiscale: VLVVCN57B10G267W**  
Residenza: Comune di **PALAZZOLO ACREIDE** CAP **96010** (Prov. SR )  
Via/P.zza **SCIPIONE L'AFRICANO** N. **49**

In qualità di **Titolare della Farmacia Privata**

sita in **NOTO**, Via/Piazza **VIA SOLDATO GALLO** n. **96** **C/DA TESTA DELL'ACQUA**

CAP **96017** Tel. **0931/810028** \_\_\_\_\_ Fax **0931/810028** \_\_\_\_\_  
E-mail **farmaciavalvo@hotmail.it** PEC: **15636@pec.federfarma.it**

**Sede farmaceutica n. 8 della pianta organica del Comune di NOTO**

**C.F. VLVVCN57B10G267W**

**P.IVA 00949130892**

denominazione o ragione sociale **FARMACIA VALVO** con sede legale nel Comune di **NOTO**  
, Via/Piazza **VIA SOLDATO GALLO** n. **96** **C/DA TESTA DELL'ACQUA**

Iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di Siracusa al n. **85654**, a seguito della rideterminazione dei confini della sede della farmacia, deliberazione di Giunta n. **168** del **13/06/2014**

**CHIEDE**

l'attivazione dei procedimenti amministrativi diretti all'ottenimento di **AUTORIZZAZIONE AL TRASFERIMENTO DEI LOCALI NELL'AMBITO DELLA SEDE DI PERTINENZA** della Farmacia suddetta nei locali posti in **Noto Marina c/da Guardiola, Piazza della Colonia n. 10** che occupano una superficie totale di mq **42**;

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 DPR 445/2000 e la decadenza dai benefici conseguenti

**A TAL FINE DICHIARA**

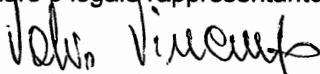
1. che i locali rispettano le distanze previste dalla normativa dalla più vicina farmacia (m **200** misurati per la via pedonale più breve - per le farmacie istituite ai sensi dell'art. 104 del Testo Unico 1265/34 e successive modificazioni, il limite di distanza è pari a mt. **3.000** dalla farmacia più vicina);
2. di garantire il rispetto dell'applicazione degli artt. **109,119** e **129** del R.D. **1265/34** e successive modificazioni;
3. di aver rispettato i requisiti igienico-sanitari previsti dalla normativa vigente;
5. che provvederà a concordare con l'Azienda Sanitaria l'ispezione di cui all'art. **111** del R.D. **1265** del **1934** e succ. modificazioni

**ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI**

1. Planimetria in scala adeguata (di norma 1:100) dei nuovi locali compresi quelli eventualmente separati dalla farmacia e adibiti a deposito, magazzino, laboratorio
2. Relazione tecnica descrittiva dei locali, delle attività e delle attrezzature
3. Copia del certificato di agibilità dei locali
4. Copia del contratto di locazione
5. Modulo SUAP Commercio area privata
6. Allegato C-3 trasferimento sede
7. Documento identità

Noto il 18/07/2014

Firma del titolare o legale rappresentante



(Firma da apporre davanti all'impiegato oppure allegare fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità)

---

Parte riservata all'Ufficio comunale: pubblicazione per 15 gg. agli Albi

- Albo Pretorio del Comune dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
  
- Albo dell'Azienda Sanitaria dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_