



UOC Farmacia Territoriale

e-mail: farmaceuticateritoriale@aslroma5.itPec: farmaceutica.territoriale@pec.aslroma5.itMarca da
bollo
€ 16,00U.O.C. Farmaceutica
Territoriale
Vigilanza Farmacie ASL Roma 5

e.p.c. Al Sindaco del Comune di

VALMONTONEOggetto: Apertura nuova sede Farmaceutica n. 5 Comune di VALMONTONE
C/O CENTRO STORICOIl/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa FILONARDI ANTONIOnato/a a FERENTINO il 16/5/1959e residente nel Comune di FERENTINO in via CADUTI DI VIA FANI n. 19/BC.F. FLNNTN59E16D539P in qualità di Direttore / Titolare / Legale rappresentante
della ASSICa seguito di assegnazione per provvedimento DELIBERA DI GIUNTA REGIONALEn. 566 del 5/8/2021 della farmacia in oggettoDETERMINA REGIONALE N° 603491 DEL 21/3/2025
DETERMINA REGIONALE N° 603917 DEL 31/3/2025
CHIEDEL'autorizzazione all'apertura della farmacia in oggetto con sede nel Comune di VALMONTONEVia PIAZZA GIUSTO DE' CONTI, 1 n. 1 (ingresso al pubblico)n. 1 (vetrina)

Il/La sottoscritto/a si riserva di consegnare la relativa documentazione all'ufficio competente.

Autorizzo al trattamento dei dati personali ai sensi degli art. 13 e 14 sulla protezione dei dati
personali di cui al Regolamento (UE) 2016/679 (c.d. GDPR) ed al D. lgs. 196/03 e s.m.i.Data 30/4/2025

Firma _____

**DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA APERTURA NUOVA SEDE FARMACEUTICA**

1. Domanda da presentare alla ASL Roma 5 in carta libera e per conoscenza al Sindaco
2. N. 2 marche da bollo da 16,00 € (una da applicare sulla domanda e la seconda sul provvedimento autorizzativo) da presentare in Comune
3. Copia del provvedimento della Regione Lazio di assegnazione della sede Farmaceutica
4. Copia di accettazione della sede, con la comunicazione di ubicazione dei nuovi locali
5. Copia conforme deliberazione Giunta comunale di prelazione della Sede Farmaceutica
6. Atto notarile di costituzione della società, Partita IVA e Visura Camera di commercio
7. Contratto di locazione o di acquisto dei locali adibiti a farmacia
8. Perizia tecnica giurata, atta a comprovare che i locali prescelti siano ubicati nella sede prevista dalla pianta Organica (non necessaria se sede unica) e distano 200 metri dalla più vicina farmacia, con misurazione da soglia a soglia per la via pedonale più breve redatta esclusivamente da un tecnico abilitato regolarmente iscritto all'albo (ad es. ingegnere, architetto, geometra, perito edile)
9. Certificato di agibilità dell'edificio e destinazione d'uso
10. Dichiarazione di conformità del progetto al Regolamento locale di igiene e certificati di conformità degli impianti termici ed elettrici, dell'impianto di condizionamento rilasciati dal Tecnico abilitato.
11. Documentazione relativa a S.C.I.A. Edilizia (data e protocollo di presentazione)
12. Autorizzazione in deroga all'art. 65 D.Lgs. 81/08 per i locali interrati o seminterrati adibiti a luogo di lavoro rilasciata dagli uffici competenti del Dipartimento di Prevenzione della ASL Roma 5
13. Parere Igienico Sanitario rilasciato dagli Uffici Competenti del Dipartimento di Prevenzione della ASL Roma 5 e relative planimetrie vidimate dei locali prescelti datata e firmata in originale da tecnico abilitato, in scala 1:100, con indicati i rapporti aereo-illuminanti, le sezioni e le destinazioni d'uso
14. Ricevuta di versamento tassa di concessione a favore della Regione Lazio
15. Autocertificazione del titolare /direttore ai sensi del DPR 445/2000 relativo al possesso dei titoli per esercizio professione farmacista
16. Autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000 relativo al possesso dei requisiti per idoneità alla titolarità
17. Autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000 relativo alle condizioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente di titolare di farmacia di tutti i soci
18. Certificato originale o autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000 di iscrizione all'Albo Professionale dei Farmacisti della Provincia di residenza o nella quale esercita la professione del Direttore Responsabile e di tutti i soci
19. Nomina e accettazione dell'incarico del Direttore Responsabile
20. Dichiarazione sostitutiva del certificato antimafia di tutti i soci
21. Copia documento di identità non scaduto e copia del codice fiscale di tutti i soci

Data 30/4/2025

Firma _____