

- di essere Iscritto all'Albo Professionale della Provincia di _____
- di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso che impediscano l'esercizio dell'attività;
- che ai fini antimafia non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza, o sospensione di cui all'art. 10 della Legge 575/1965 (requisiti antimafia);
- di aver rispettato i requisiti igienico-sanitari previsti dalla normativa vigente;
- di essere consapevole della necessità di attivare ulteriori ed eventuali endo-procedimenti, denunce o notifiche informative prescritte da altre disposizioni normative necessarie ai fini dello svolgimento dell'attività (quali la domanda di concessione o autorizzazione edilizia, le comunicazioni in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro, le richieste di certificati prevenzione incendi, ecc.)
- 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 termineranno indicativamente il _____
- che la decorrenza degli effetti economici è dal _____

INDICAZIONI DELL'ISTITUTO BANCARIO NONCHE' DEL CONTO CORRENTE SUL QUALE ACCREDITARE LE COMPETENZE:

DICHIARA

- che l'immobile e le strutture oggetto della presente dichiarazione possiedono i requisiti urbanistico-edilizi, igienico-sanitari, di sicurezza per l'esercizio dell'attività.

ATTENZIONE: in caso di dubbio sul possesso dei requisiti NON presentare la presente e chiedere informazioni presso l'Amministrazione competente e/o i propri professionisti di fiducia

- di avere rispettato le norme igienico-sanitarie previste nel vigente regolamento comunale in materia
 - che la disponibilità dell'area/locali è avvenuta per:

(barrare solo la casella corrispondente al titolo certificante il proprio diritto)

- compravendita affitto conferimento d'azienda scissione d'azienda
 scioglimento con conferimento fusione comodato

- che l'attività verrà svolta nel rispetto di quanto previsto dalla normativa nazionale, regionale e comunale in materia;

Lavoratori in servizio:

Uomini n. ____ Donne n. ____
 Specializzati n. ____ Apprendisti n. ____
 Port. handicap n. ____

Eventuali future assunzioni in servizio:

Uomini n. ____ Donne n. ____
 Specializzati n. ____ Apprendisti n. ____
 Port. Handicap n. ____

Il sottoscritto inoltre **DICHIARA:**

- di avere titolo, legittimazione e possesso dei requisiti per la presentazione della presente istanza e dei relativi endoprocedimenti;
- di essere a conoscenza che ogni comunicazione relativa ai procedimenti attivati potrà essere inoltrata anche per il tramite dei professionisti indicati nel presente modello mediante POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA.

(IN CASO DI CITTADINO STRANIERO)

- di essere in possesso di **permesso di soggiorno** per _____
_____ (specificare il motivo del rilascio) n° _____
rilasciato da _____ il _____ con validità fino al _____
- di essere in possesso di **carta di soggiorno** n° _____ per _____
_____ (specificare il motivo del rilascio) n° _____ rilasciato da
_____ il _____ con validità fino al _____

ALLA PRESENTE ISTANZA ALLEGA

- Planimetria** in scala adeguata (di norma 1:100) dei nuovi locali compresi quelli eventualmente separati dalla farmacia e adibiti a deposito, magazzino, laboratorio con eventuale indicazione dello schema posizionamento delle attrezzature e arredi*;
- Relazione tecnica** descrittiva dei locali, delle attività e delle attrezzature*;
- Certificato di agibilità dei locali;**
- Disponibilità dei locali** (Contratto di Affitto/Atto di Proprietà ecc);
- Nulla Osta Sanitario dei locali;**
- Assegnazione della sede farmaceutica rilasciata dalla Regione Lazio;**
- la certificazione dell'Ordine dei Farmacisti dalla quale risulta il conseguimento della Laurea in Farmacia, l'abilitazione professionale e l'iscrizione all'Ordine ;**
- Autocertificazione antimafia ai sensi della Legge 575/65;**
- certificato di sana e robusta costituzione;**
- certificato di residenza;**
- ricevuta Relativa al pagamento della tassa di concessione regionale di € effettuata sul c/c 63101000 intestato alla Tesoreria della Regione Lazio;**

eventuali altri allegati _____

* *INDICARE con precisione nelle planimetrie e/o nella relazione tecnica le informazioni utili sulle caratteristiche dei locali (superfici, altezze, rapporti aereoilluminanti ecc...)*

**N. B. - L'AVVIO DELL'ATTIVITA' E' SUBORDINATA ALL'ISPEZIONE
DELL'ASL AI SENSI DELL'ART. 111 del R.D. 1265/34**

_____ lì _____
(luogo) (data)

L'interessato

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

NOTA - *L'attività può essere iniziata SOLTANTO DOPO IL RILASCIO DELLA AUTORIZZAZIONE*

AUTOCERTIFICAZIONE ANTIMAFIA

Il sottoscritto (*nome e cognome*)..... nato
ail....., residente in.....
via..... n., in qualità di legale rappresentante della società
(*indicare la ragione sociale*) oppure: in qualità di titolare dell'impresa (*indicare la
denominazione*) avente la sede
in Prov. di Via n., tel.
n. ,

Informato che la raccolta dei dati viene effettuata per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell' art. 13 del decr. Lgs. n. 196 del 2003

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del DPR 445/00 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art.75 del DPR 445/00;

ai sensi e per gli effetti dell'art.47 del citato DPR 445/00;

sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Ai sensi della vigente normativa antimafia che alla data odierna non sussistono nei propri confronti cause di divieto, di sospensione e di decadenza previste dall'art. 10 della Legge n. 575/1965 e successive modificazioni come elencate nell'allegato 1 al Decreto Leg.vo n. 490/94, nonché tentativi di infiltrazioni mafiose di cui all'art. 4, comma 4, dello stesso Decreto Leg.vo così come modificato dall'art. 10 del D.P.R. 252/1998.

FIRMA

N.B.: allegare copia di un documento di identità del dichiarante

