



Al Direttore del Dipartimento Farmaceutico
Azienda Sanitaria Provinciale di RAGUSA
Via PAESTUM 44
PEC: FARMACEUTICA.TERRITORIALE@PEC.ASP.RG.IT
fax

Il/la sottoscritto/a dr./dr.ssa SPARFALLO FILIPPO nato/a a CATANIA il 02-03-1974
residente in RAGUSA via RIMEMBRANZA 52
Codice Fiscale SPRFPP74C02E351M

Il/la sottoscritto/a dr./dr.ssa CANNATA JOSEFITO nato/a a MODICA il 02-09-1975
residente in MODICA via RESISTENZA PARTIGIANA 25
Codice Fiscale CNNJLT75P02F258E

Il/la sottoscritto/a dr./dr.ssa CRASEI LUCIA nato/a a MESSINA il 06/12/1979
residente in CATANIA via DEL BOSCO 222
Codice Fiscale CRSLCV79T46F158C

- ☐ in qualità di soci della
istituita con atto notarile registrato in data al n°, ed iscritta al Registro delle
Imprese al n°
- ☒ in qualità di soci della costituenda società, consapevoli che la mancata costituzione della stessa nei
termini previsti attesterà la non procedibilità dell'istanza prodotta

visto il DDG 99 DEL 2018 con il quale i sottoscritti sono risultati assegnatari della
sede farmaceutica n° 22 del Comune di RAGUSA,

DICHIARANO

sotto la propria responsabilità, consapevoli delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000,
n. 445, che le notizie ivi fornite sono complete e veritiere ed al fine di consentire l'adozione del relativo
provvedimento di riconoscimento della titolarità ai sensi dell'art. 18 della legge regionale 20 agosto 1994
n.34

COMUNICANO

- ☒ di aver reperito i locali della Farmacia sede n° 22 del Comune di RAGUSA
in via CONTRADA MUENO S.P. 25 al n. 51
- ☐ di non potere indicare locali, in quanto non disponibili nell'ambito territoriale assegnato, come si evince
dalla perizia prodotta

e CHIEDONO

che venga attivato l'iter procedurale finalizzato al rilascio del provvedimento di riconoscimento della titolarità della 22 Sede farmaceutica del Comune di RAGUSA..... in favore della suddetta società e l'autorizzazione all'apertura ed all'esercizio della farmacia medesima.

A tal fine allegano la seguente documentazione

- ☒ Dichiarazione sostitutiva di certificazione del possesso dei titoli per esercizio alla professione di farmacista di ciascun socio (modulo allegato)
- ☒ Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante l'inesistenza e/o le eventuali cause di incompatibilità (modulo allegato) da risolvere prima dell'emissione dell'atto autorizzativo
- ☒ Dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante l'inesistenza di cause di divieto, decadenza o sospensione di cui alla normativa antimafia di ciascun socio (modulo allegato)
- ☒ Autocertificazione di stato di famiglia di ciascun socio
- ☒ Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà monitoraggio rapporti di parentela tra personale ASP e soggetti esterni (modulo allegato)
- ☒ Fotocopia del codice fiscale e di un documento d'identità di ciascun socio
- ☒ Attestazione di avvenuto versamento delle tasse di CC.GG. regionali per il rilascio
- ☐ Attestazione di avvenuto pagamento dell'indennità di avviamento (ove prevista) o documentazione comprovante la stipula di un accordo tra le parti

Si riservano di produrre la seguente documentazione

- ☐ Copia del contratto di affitto o di proprietà
- ☐ Copia conforme dell'atto costitutivo della società, registrato (in carta legale)
- ☐ Indirizzo e-mail/Indirizzo PEC
- ☐ Codice IBAN della società
- ☐ Certificato d'agibilità dei locali con destinazione d'uso* (in carta legale)
- ☐ Perizia giurata attestante che i locali ricadono nell'ambito della sede di appartenenza, di cui ai D.D.G. n°415 dell'08-03-017 e n°1417 del 18-07-2017, e a quale distanza dagli altri esercizi farmaceutici risultano ubicati (in carta legale)
- ☐ Planimetria dei locali in formato A3, sottoscritta da tecnico, su scala 1:100, con layout degli arredi e attrezzature (in carta legale)
- ☐ Relazione illustrativa dei locali e degli arredi, redatta e sottoscritta da tecnico.
- ☐ Certificazione di conformità dell'impianto elettrico
- ☐ Relazione tecnica impianto di climatizzazione e aerazione.

*per gli edifici antecedenti al 1934 occorre una perizia giurata rilasciata da un perito iscritto al proprio Albo, attestante che:

- l'immobile è staticamente idoneo;
- l'immobile è stato costruito antecedentemente al 1934, non ha subito modifiche tali da richiedere concessioni o autorizzazioni e che la destinazione d'uso attuale è compatibile con quella originaria

- ☒ Chiedono, infine, che ogni comunicazione venga fatta ai seguenti recapiti:

Dr. SCARFALLO FILIPPO MARIA..... via RIMEMBRANZA 52..... tel. 328/1197963
fax 0932-616241..... email FILIPPO.SCARFALLO@ALICE.IT.....

Dr. CANNATA JOSEFITO..... via RESISTENZA PARTIGIANA 25..... tel. 334/284523
fax email JCFARMA@ALICE.IT.....

Dr. SSA CRASEI LUCIA..... via tel. 329/3030367
fax email LUCIA.CRASEI@ALICE.IT.....

RAGUSA, li 12-02-2018

I Farmacisti richiedenti

Filippo Maria Scarfallo
Josefito Cannata
Lucia Crasei

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è inviata insieme alla fotocopia, non autentica, di un documento d'identità del dichiarante, all'ufficio competente.

Dichiarano di essere informati, ai sensi e per gli effetti del D.Lvo n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Filippo Maria Scarfallo
Josefito Cannata
Lucia Crasei