



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

U.O.C. Farmaceutica Territoriale  
Direttore Dr Sergio Castellino  
Via Paestum 41  
97100 RAGUSA

Telefono  
+39 0932 234765

EMAIL:  
farmaceuticaterrit.segreteria@asp.rg.it  
WEB  
www.asp.rg.it

DATA 21/12/2023

PROT. 85449

A:  
**All'Albo Pretorio dell'Asp di Ragusa**

Oggetto: Richiesta pubblicazione all'Albo Pretorio:  
Riconoscimento della titolarità della IX sede farmaceutica del comune di Scicli (Rg) e autorizzazione all'apertura e all'esercizio della medesima.

Vista la richiesta delle Dott.sse Lo Manno Maria Antonella e Randazzo Francesca Maria, in qualità di vincitori della XI sede farmaceutica del Comune di Scicli, con la quale chiedono il rilascio del provvedimento di riconoscimento della titolarità della XI sede farmaceutica del comune di Scicli nei locali siti in Via Giotto s.n.c., località Sampieri, Scicli (Rg).

#### SI CHIEDE

la pubblicazione di copia della istanza (prot. n. 81380 del 06/12/2023) che si trasmette in allegato, all'Albo di questa ASP di Ragusa per **15 giorni** consecutivi a far data dal ~~22/12/23~~ e di volerla **restituire alla scrivente U.O.C. Farmaceutica Territoriale dell'Asp di Ragusa** sita in **Via Paestum n. 41 Ragusa**, con l'**attestazione della eseguita pubblicazione**, dando nel contempo notizia di eventuali opposizioni presentate avverso alla suddetta istanza.

**Il Direttore U.O.C. Farmaceutica Territoriale  
Dr Sergio Castellino**

Prot. 81380 del 6/12/2023



Al Direttore del Dipartimento Farmaceutico

Azienda Sanitaria Provinciale di RAGUSA

Via PAESTUM, 41 97100 RAGUSA

PEC: farmaceutica\_territoriale@per.asp.rg.it

fax \_\_\_\_\_

X/la sottoscritta LA MANNO  
dr.ssa MARIA ANTONELLA nata/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

X/la sottoscritta RANDEZZO  
dr.ssa FRANCESCA MARIA nata/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

/la sottoscritto/a dr./dr.ssa \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

☐ 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 1074 del 30/10/2023 con il quale i sottoscritti sono risultati assegnatari della  
sede farmaceutica n° 9 del Comune di SCICLI (FRAZIONE SAMPIERI)

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° 9 del Comune SCICLI (FRAZIONE SAMPIERI)  
in via GIOTTO al n. S.N.C.

☐ 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 9... Sede farmaceutica del Comune di SCICLI (FRAZIONE SANPIETRA) 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
- ☐ Codice IBAN della società
- ☒ Attestazione di avvenuto versamento delle tasse di CC.GG. regionali per il rilascio
- ☒ Indirizzo email/Indirizzo PEC
- ☐ Copia conforme dell'atto costitutivo della società, registrato (in carta legale)
- ☐ Copia del contratto di affitto o di proprietà
- ☐ 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:

- ☒ 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 al D.D.G. n°415 dell'08-03-2017 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



Chiedo, infine, che ogni comunicazione venga fatta ai seguenti recapiti:  
Dr. LA MANNO MARIA ANTONELLA via ..... tel. ....  
fax ..... email .....  
Dr. RANAZZO FRANCESCA MARIA via ..... tel. ....  
fax ..... email .....  
Dr. .... via ..... tel. ....  
fax ..... email .....

MONTEVA60, li 25/11/2023

I Farmacisti richiedenti

Maria Antonella La Manno  
Francesca Ranazzo

Al 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.

Maria Antonella La Manno  
Francesca Ranazzo