

	PROCEDURA GESTIONALE	PG ADF 007
	Titolo: TRASFERIMENTO DELLA TITOLARITÀ A DITTA INDIVIDUALE	Rev. N.º2 del 20/10/2025 Pagina 1
	UOSD VIGILANZA FARMACIE E PARAFARMACIE	

INDICE:	PUBBLICATA SUL:
Campo di applicazione..... pag.2 Scopo..... pag.2 Documenti di riferimento... pag.2 Definizioni e abbreviazioni pag.3 Modalità operative..... pag.3 Referenti..... pag.5 Allegati..... pag.6	Portale aziendale ASL Roma 1 per i titolari delle farmacie ubicate nel territorio.

REV.	DATA	DESCRIZIONE	PREPARATO DA	APPROVATO DA
2	20/10/2025	STESURA	-Dott.ssa Paola Cocito <i>Responsabile Sostituta UOSD Vigilanza Farmacie e Parafarmacie</i> -Dott. Orazio Bono <i>UOSD Vigilanza Farmacie e Parafarmacie</i>	-Dott.ssa Roberta Pavan <i>Direttore Area del Farmaco</i>

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1	PROCEDURA GESTIONALE	PG ADF 007
	Titolo: TRASFERIMENTO DELLA TITOLARITÀ A DITTA INDIVIDUALE	Rev. N.º2 del 20/10/2025 Pagina 2
	UOSD VIGILANZA FARMACIE E PARAFARMACIE	

1) CAMPO DI APPLICAZIONE

Questa procedura si applica al trasferimento della titolarità di una farmacia a persona o ditta individuale.

2) SCOPO

Scopo della procedura è descrivere la modalità operativa per il trasferimento della titolarità di una farmacia a favore di un altro farmacista.

3) DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- Legge 203/2024 (Disposizioni in materia di lavoro – modifica dei commi 2 e 3 dell'art. 65 D. Lgs 81/08 – (uso di locali seminterrati e interrati);
- Legge annuale per il mercato e la concorrenza – Legge n.124/2017 art. 1 commi 157-160;
- Nota di Roma Capitale prot. QE/26731 del 30 marzo 2017 (istruttorie interventi strutturali locali esercizi farmaceutici);
- Nota di Roma Capitale prot. QE/96844 del 1 dicembre 2016 (certificati di agibilità);
- Nota di Roma Capitale prot. 50780 del 21 giugno 2016;
- Nota di Roma Capitale prot. 81108 del 21 ottobre 2015;
- Art. 88 c. 4-bis e art. 89 D.Lgs. 159/2011;
- Art. 65 D. Lgs 81/08 (attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro);
- Art. 41 c.11 e 12 Legge Regionale 6 agosto 2007 n.15;
- DPR 380/01 di cui ai commi 1 e 2 (testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia edilizia);
- D.P.R. 445/00 (autocertificazione);
- D.P.R. 252/98;
- Legge 362/1991 (Legge di riordino del settore farmaceutico);
- Legge 241/90 (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi);
- Art. 14 Legge Regionale 52/1980 (esercizio delle funzioni amministrative in materia di igiene e sanità pubblica e vigilanza sulle farmacie ai sensi dell'art. 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833);

	PROCEDURA GESTIONALE	PG ADF 007
	Titolo: TRASFERIMENTO DELLA TITOLARITÀ A DITTA INDIVIDUALE	Rev. N.º2 del 20/10/2025 Pagina 3
	UOSD VIGILANZA FARMACIE E PARAFARMACIE	

- Legge 833/78 (Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale);
- DPR 1275/71 (Regolamento per l'esecuzione della L. 2 aprile 1968, n. 475, recante norma concernente il servizio farmaceutico);
- Legge 475/1968 (Riforma Mariotti);
- Art. 48 del DPR 303/56 (Norme generali per l'igiene del lavoro);
- T.U.LL.SS 1265/1934;
- R.D. 1706/1938.

4) DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

UOSD: Unità Operativa Semplice Dipartimentale

ASL: Azienda Sanitaria Locale

D.P.R.: Decreto Presidente della Repubblica

I.N.L.: Ispettorato Nazionale del Lavoro

P.G.: Procedura Gestionale

P.I.S.: Parere Igienico Sanitario

S.I.S.P.: Servizio Igiene e Sanità Pubblica

T.U.LL.SS.: Testo Unico delle Leggi Sanitarie

5) MODALITÀ OPERATIVA

La UOSD Vigilanza Farmacie e Parafarmacie dell'Area del Farmaco acquisisce dal farmacista titolare la seguente documentazione:

- istanza da presentare alla ASL Roma 1 – UOSD Vigilanza Farmacie e Parafarmacie (**allegato 1**);
- una marca da bollo da € 16,00 da applicare sull'istanza;
- atto notarile di cessione della farmacia, registrato e con firma digitale, in originale o copia conforme;
- originale ricevuta di versamento tassa di concessione a favore della Regione Lazio pari a € 5.440,87 (soggetta a variazione);
- fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità e della tessera sanitaria del titolare;

 ASL ROMA 1	PROCEDURA GESTIONALE	PG ADF 007
	Titolo: TRASFERIMENTO DELLA TITOLARITÀ A DITTA INDIVIDUALE	Rev. N.º2 del 20/10/2025 Pagina 4
	UOSD VIGILANZA FARMACIE E PARAFARMACIE	

- autocertificazione antimafia del titolare (**allegato 2**);
- autocertificazione del titolare di essere iscritto all'Albo Professionale dei Farmacisti (**allegato 3**);
- autocertificazione del titolare di essere in possesso del requisito di idoneità e di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità (**allegato 4**);
- fotocopia dei precedenti provvedimenti autorizzativi relativi alla titolarità della farmacia;
- contratto di locazione o di acquisto registrato (originale o copia conforme) con allegata autocertificazione di voltura a suo nome dopo la Determinazione Dirigenziale di Roma Capitale (**allegato 5**);
- n° 3 planimetrie dei locali autorizzate dal S.I.S.P. con evidenziate le vie ed i numeri civici (1 originale e 2 copie timbrate per copia conforme e firmate dalla UOSD Vigilanza Farmacie e Parafarmacie);
- n° 3 P.I.S (parere igienico sanitario rilasciato dal S.I.S.P.) (1 originale e 2 copie timbrate per copia conforme e firmate dalla UOSD Vigilanza Farmacie e Parafarmacie - art. 48 del DPR 303/56 Norme generali per l'igiene del lavoro);
- certificato di agibilità (ex abitabilità) o dichiarazione a firma del tecnico che lo stabile dove è ubicata la farmacia è di costruzione terminata prima dell'entrata in vigore del T.U.L.L.SS del 1934;
- dichiarazione a firma del tecnico incaricato dei lavori che non sono state apportate modifiche strutturali dall'entrata in vigore del DPR 380/01 art. 24 commi 1 e 2 (**allegato 6**);
- documentazione attestante la SCIA/DIA/CILA;
- documentazione attestante l'ultimazione dei lavori e collaudo;
- n° 1 planimetria in formato A4 ante e post operam firmata dal tecnico incaricato dei lavori e dal titolare;
- visura camerale.

IN PRESENZA DI LOCALI SEMINTERRATI O INTERRATI OCCORRE PRESENTARE

- copia del "Modulo di comunicazione in deroga - ex art. 65 comma 3 D. Lgs. n. 81 del 09/04/2008" (come modificato dalla Legge 203/2024) – (**allegato 7**) (con ricevuta di accettazione della pec al competente Ufficio Territoriale dell'Ispettorato Nazionale del Lavoro).

La documentazione necessaria per l'utilizzo dei locali seminterrati o interrati è visionabile sul sito www.ispettorato.gov.it.

	PROCEDURA GESTIONALE	PG ADF 007
	Titolo: TRASFERIMENTO DELLA TITOLARITÀ A DITTA INDIVIDUALE	Rev. N.º2 del 20/10/2025 Pagina 5
	UOSD VIGILANZA FARMACIE E PARAFARMACIE	

Il farmacista responsabile, acquisisce e controlla la documentazione necessaria al trasferimento di titolarità, predispone la lettera di trasmissione al Comune con l'elenco dei documenti presentati.

Il Comune, presa visione di quanto ricevuto, notifica l'atto di trasferimento di titolarità al farmacista richiedente tramite provvedimento autorizzativo (originale) e restituisce la documentazione alla UOSD Vigilanza Farmacie e Parafarmacie insieme ad una copia del provvedimento.

Il farmacista responsabile della UOSD provvede a trasmettere il provvedimento autorizzativo per conoscenza e seguito di competenza a:

1. Ministero della Salute - Direzione Generale dei Dispositivi Medici e del Servizio Farmaceutico - Via G. Ribotta 5, 00144 Roma;
2. Direzione Regionale delle Entrate per il Lazio - Via G. Capranesi 60, 00155 Roma;
3. Ordine dei Farmacisti della Provincia di Roma - Via Alessandro Torlonia 15, 00161 Roma.

6) REFERENTI

Responsabile Sostituta UOSD Vigilanza Farmacie e Parafarmacie:

Dott.ssa Paola Cocito

P.zza S. Maria della Pietà n°5 pad XIII 00135 Roma.

Tel: 06/60106798 cell. 331-2698608 paola.cocito@aslroma1.it

Dirigente Farmacista UOSD Vigilanza Farmacie e Parafarmacie:

Dott. Orazio Bono

P.zza S. Maria della Pietà n°5 pad XIII 00135 Roma.

Tel: 06/60106771 cell. 349-3593162 orazio.bono@aslroma1.it

Amministrativi:

Sig. Michele Faita

P.zza S. Maria della Pietà n°5 pad XIII 00135 Roma.

Tel: 06/60106755 cell. 366-6620378 michele.faita@aslroma1.it

	PROCEDURA GESTIONALE	PG ADF 007
	Titolo: TRASFERIMENTO DELLA TITOLARITÀ A DITTA INDIVIDUALE	Rev. N.º2 del 20/10/2025 Pagina 6
	UOSD VIGILANZA FARMACIE E PARAFARMACIE	

7) ALLEGATI

- fac simile di richiesta di trasferimento titolarità da presentare alla ASL Roma 1 (**allegato 1**);
- autocertificazione antimafia del nuovo titolare (**allegato 2**);
- autocertificazione iscrizione Ordine dei Farmacisti (**allegato 3**);
- dichiarazione di non incompatibilità (**allegato 4**);
- dichiarazione di voltura del contratto di locazione o acquisto a nome del titolare dopo l'emissione della Determinazione Dirigenziale di Roma Capitale (**allegato 5**);
- dichiarazione che non sono state apportate modifiche strutturali dall'entrata in vigore del DPR 380/01 art. 24 commi 1 e 2 (**allegato 6**);
- se presenti locali seminterrati o interrati copia della documentazione inviata all'Ispettorato Nazionale del Lavoro (INL) (**allegato 7**);
- elenco dei documenti da presentare alla ASL ROMA 1 – UOSD Vigilanza Farmacie e Parafarmacie (**allegato 8**).

ALLEGATI

ALLEGATO 1

Fac simile richiesta da presentare alla ASL per il trasferimento della titolarità in caso di ditta individuale.

Spett.le ASL Roma 1
UOSD Vigilanza Farmacie e Parafarmacie
Piazza S. Maria della Pietà, 5
00135 Roma

Oggetto: Trasferimento titolarità

Farmacia sede n.....denominata

Sita in Roma, Via.....(specificare ingresso al pubblico, vetrine ecc)

da.....a.....

00135 Roma

Il/la sottoscritt__ nat__ ail
.....(codice fiscale), residente in
Via.....n..... recapito tel.....

CHIEDE

ai sensi e per gli effetti della legge 362/91, il riconoscimento del trasferimento della titolarità della farmacia
con esercizio in..... Via/Piazza n.....
dal Dott. a suo favore.

Il/la sottoscritta si riserva di consegnare alla UOSD Vigilanza Farmacie la documentazione necessaria per
la successiva Determinazione Dirigenziale di Roma Capitale.

Distinti saluti.

Roma _____

Firma _____

ALLEGATO 2

AUTOCERTIFICAZIONE ANTIMAFIA (ART. 88 CO.4-bis e art. 89 D.Lgs. 159/2011)

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio

(artt. 46 D.P.R. 28-12-2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

residente _____ codice fiscale _____

documento _____ rilasciato da _____

_____ in data _____

in qualità di _____

PEC _____

- Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 in caso di dichiarazioni mendaci;
- Ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del citato DPR 445/00;
- Sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Ai sensi della vigente normativa antimafia, che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione previste dall'art. 67 del D.Lgs. n. 159/2011 e ss.mm.ii.;

che secondo quanto disposto dall'art 85 comma 3 del D.Lgs. n. 159/2011 e ss.mm.ii., i **familiari conviventi maggiorenni**, sono:

<i>Cognome e nome</i>	<i>Luogo e data di nascita</i>	<i>Rapporto con il dichiarante</i>	<i>Codice Fiscale</i>

Data ____/____/____

firma

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore all'Ufficio competente via posta elettronica certificata o tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(art. 21, 46 e 76 del DPR 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a Dr. _____ nato/a a _____ il _____,
residente a _____ in via _____, consapevole delle sanzioni penali, nel caso
di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate nell'art. 46 del DPR 445/2000

DICHIARA

di essere iscritt_ all'Ordine dei Farmacisti di _____ al n° _____ dal _____.

Roma, li.....

Firma.....

Titolarità in forma singola

AUTOCERTIFICAZIONE D'INCOMPATIBILITA'
Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione
(D.P.R. 28/12/2000 N. 445)

Il/La nato/a a

.....il residente a

in n.

consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di false dichiarazioni accertate dall'amministrazione procedente verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera,

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000,

- di non trovarsi nelle condizioni d'incompatibilità previste dall'art. 13, della Legge 2 aprile 1968, n. 475 e successive modificazioni:

" Il titolare di una farmacia ed il direttore responsabile, non possono ricoprire posti di ruolo nell'amministrazione dello Stato, compresi quelli di assistente e titolare di cattedra universitaria, e di enti locali o comunque pubblici, nè esercitare la professione di propagandista di prodotti medicinali.

Il dipendente dello Stato o di un ente pubblico, qualora a seguito di pubblico concorso accetti la farmacia assegnatagli, dovrà dimettersi dal precedente impiego e l'autorizzazione alla farmacia sarà rilasciata dopo che sia intervenuto il provvedimento di accettazione delle dimissioni".

- ovvero di trovarsi nelle condizioni di cui all'art. 13, della Legge 2 aprile 1968, n. 475 e successive modificazioni in quanto

.....
(dichiarare l'attuale stato di servizio/attività lavorativa),

consapevole che l'autorizzazione all'apertura e all'esercizio della farmacia sarà rilasciata solo dopo che sia intervenuto il provvedimento di accettazione delle dimissioni dall'eventuale precedente impiego.

DICHIARA INOLTRE

- di non trovarsi nella condizione di cumulo di due o più titolarità di farmacia in forma individuale od associata.

data ____/____/____

firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(Art. 47 D.P.R. 28/12/2000 N. 445)

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____
il _____, residente a _____ in _____
n. _____, consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai
sensi del codice e delle leggi speciali in materia, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di
false dichiarazioni accertate dall'amministrazione procedente verranno applicate le sanzioni penali previste
e la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base delle dichiarazioni non veritiere

DICHIARA

Ai sensi e per gli effetti dell'Art 47 del D.P.R. n. 445/200

Che non appena sarà in possesso del provvedimento di autorizzazione al trasferimento di titolarità della
sede farmaceutica n. denominata ".....", provvederà alla voltura del
contratto di affitto dei locali della farmacia

Roma, li

Firma

ALLEGATO 6

Dichiarazione Sostitutiva di ATTO NOTORIO (Art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Il sottoscritto nato a il,
residente a in,
consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi degli artt.75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, in caso di false dichiarazioni accertate dall'amministrazione procedente verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera,

DICHIARA

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000,

che dall'entrata in vigore del DPR 380/2001 all'interno dei locali della la sede farmaceutica della P.O. di Roma Capitale n. denominata "" Via di(ingresso al pubblico) , non sono state apportate modifiche ai sensi dell'art.24 commi 1 e 2 del predetto DPR .

Roma, li.....

Si allega fotocopia del documento di identità (del tecnico)

Firma



MODULO DI COMUNICAZIONE IN DEROGA
ex art. 65, co 3, d.lgs. n. 81 del 9 aprile 2008

All'Ispettorato Scegliere elemento del Lavoro di

Processo Servizi all'utenza

PEC: _____@pec.ispettorato.gov.it

Il /La sottoscritto/a _____ nato a _____
il _____ nella sua qualità di datore di lavoro della ditta/unità produttiva
_____ esercente l'attività di _____ con sede nel
comune di _____ prov. _____ CAP _____
via _____ n. _____
CCIA di _____ n. _____; P.IVA/C.F. _____;
PEC: _____; tel. _____

COMUNICA

ai sensi dell'art. 65 comma 3 del d.lgs. n. 81/2008 l'uso dei locali chiusi:

- ☐ sotterranei;
☐ semi-sotterranei;

per l'attività di _____ sita in _____ prov. _____ CAP _____ via
_____ di superficie complessiva pari a m² _____, in cui
saranno addetti n° _____ lavoratori.

A tal fine, consapevole della responsabilità penale e delle conseguenti sanzioni cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti, uso di atti falsi, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

- 1) che nei suddetti locali non verranno effettuate lavorazioni che possano dar luogo ad emissioni di agenti nocivi;
- 2) che nei locali saranno rispettati i requisiti di cui all'allegato IV del D.lgs. n. 81/2008, in quanto applicabili;
- 3) che nei locali saranno garantite le idonee condizioni di aerazione, di illuminazione e di microclima.



ALLEGA

- 1) Relazione descrittiva del tipo di attività (produttiva, di servizio, di magazzinaggio, di esposizione, etc.), con l'indicazione delle lavorazioni che si svolgeranno in ciascun ambiente all'interno dei locali oggetto della suddetta comunicazione, con la specifica che le lavorazioni non diano luogo all'emissione di agenti nocivi e che siano rispettati i requisiti di cui all'allegato IV, in quanto applicabili;
- 2) asseverazione da parte di un tecnico abilitato, iscritto all'Albo professionale contenente:
 - conformità dei locali oggetto di comunicazione agli strumenti urbanistici adottati o approvati e al regolamento edilizio comunale vigente e alle disposizioni di legge sia statali che regionali in materia;
 - l'agibilità dei locali;
 - rispetto delle norme igienico-sanitarie vigenti;
 - rispetto delle seguenti norme di sicurezza:
 - ✓ sussistenza dei requisiti di illuminazione idonei al tipo di lavorazione;
 - ✓ sussistenza delle condizioni di salubrità dell'aria e dei sistemi di aerazione dei locali;
 - ✓ sussistenza di idoneo microclima in relazione al tipo di lavorazione;
 - conformità di tutti gli impianti presenti (condizionamento, ascensore, idrotermosanitario, elettrico, etc.) alla normativa vigente;

Il sottoscritto dichiara di accettare fin d'ora che le eventuali comunicazioni siano trasmesse al seguente indirizzo di posta elettronica certificata (artt. 6 e 48 d.lgs. n. 82/2005): _____

Luogo e Data _____

Il Datore di Lavoro*

*A comprova della autenticità della firma dovrà allegarsi fotocopia di un documento di identità del dichiarante in corso di validità, fatto salvo quanto previsto dal d.lgs. n. 82/2005, in tema di firma digitale.



Il/la sottoscritto/a _____ nella sua qualità di datore di lavoro è *informato/a* che, ai sensi dell'art. 13 d.lgs. n. 196/2003, i dati personali di cui alla presente comunicazione sono richiesti obbligatoriamente e che gli stessi, trattati anche con strumenti informatici, non saranno diffusi ma potranno essere comunicati soltanto a soggetti pubblici per l'eventuale seguito di competenza e che potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del d.lgs. n. 196/2003 sulla protezione dei dati.

Luogo e Data _____

Il Datore di Lavoro

**RIEPILOGO DELLA DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE ALLA ASL PER IL
TRASFERIMENTO DELLA TITOLARITÀ A DITTA INDIVIDUALE**

- Istanza da presentare alla ASL Roma 1 – UOSD Vigilanza Farmacie e Parafarmacie (**allegato 1**);
- una marca da bollo da € 16,00 da applicare sull'istanza;
- atto notarile registrato con firma digitale (originale o copia conforme) di cessione della sede farmaceutica;
- contratto di locazione o di acquisto (originale o copia conforme);
- originale ricevuta di versamento tassa di concessione a favore della Regione Lazio pari a € 5.440,87 (soggetta a variazione);
- fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del titolare;
- autocertificazione antimafia (**allegato 2**);
- autocertificazione iscrizione Ordine dei Farmacisti (**allegato 3**);
- autocertificazione di essere in possesso del requisito di idoneità e di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità (**allegato 4**);
- fotocopia dei precedenti provvedimenti autorizzativi relativi alla titolarità della farmacia;
- contratto di locazione o di acquisto registrato (originale o copia conforme) con allegata autocertificazione di voltura a suo nome dopo la Determinazione Dirigenziale di Roma Capitale (**allegato 5**);
- n° 3 planimetrie dei locali autorizzate dal S.I.S.P. con evidenziate le vie ed i numeri civici (1 originale e 2 copie timbrate per copia conforme all'originale e firmate dalla UOSD Vigilanza Farmacie e Parafarmacie);
- n° 3 P.I.S (parere igienico sanitario rilasciato dal S.I.S.P.) (1 originale e 2 copie timbrate per copia conforme all'originale e firmate dalla UOSD Vigilanza Farmacie e Parafarmacie - art. 48 del DPR 303/56 Norme generali per l'igiene del lavoro);
- certificato di agibilità (ex abitabilità) o dichiarazione a firma del tecnico che lo stabile dove è ubicata la farmacia è di costruzione terminata prima dell'entrata in vigore del T.U.LL.SS del 1934;
- dichiarazione a firma del tecnico incaricato dei lavori che non sono state apportate modifiche strutturali dall'entrata in vigore del DPR 380/01 art. 24 commi 1 e 2 (**allegato 6**);
- documentazione attestante la SCIA/DIA/CILA;
- documentazione attestante l'ultimazione dei lavori e collaudo;
- n° 1 planimetria in formato A4 ante e post operam firmata dal tecnico incaricato dei lavori e dal titolare;
- visura camerale.

IN PRESENZA DI LOCALI SEMINTERRATI O INTERRATI OCCORRE PRESENTARE

- copia del “Modulo di comunicazione in deroga - ex art. 65 comma 3 D. Lgs. n. 81 del 09/04/2008” (come modificato dalla Legge 203/2024) – (**allegato 7**) (con ricevuta di accettazione della pec al competente Ufficio Territoriale dell’Ispettorato Nazionale del Lavoro).

La documentazione necessaria per l'utilizzo dei locali seminterrati o interrati è visionabile sul sito www.ispettorato.gov.it