FARMACIA COMUNALE E SERVIZI FERMO
in breve PHARMA.COM
SRL UNIPERSONALE
Via Mazzini, 4 – 63900 Fermo (FM)
C.F. – P.IVA 01886650447

AVVISO PUBBLICO ESPLORATIVO PER MANIFESTAZIONE DI INTERESSE IN ORDINE ALLA LOCAZIONE DI UNA PORZIONE DI IMMOBILE AD USO STUDIO SANITARIO

L'amministratore Unico della Farmacia Comunale e Servizi Fermo srl unip.

RENDE NOTO

che intende destinare a studio sanitario una porzione di immobile al N.C.E.U. Foglio 59,particella 125 sub. 27 facente parte della struttura sita in Fermo via XXV Aprile n. 26.

La porzione di immobile oggetto del presente avviso si trova a piano terreno, all'interno di una struttura a carattere medico/sanitario ed è dotata di ingresso indipendente.

La stanza ad uso esclusivo oggetto del presente avviso è evidenziata in rosso nella planimetria allegata. L'unità immobiliare si compone di due locali ad uso esclusivo destinati a studio sanitario, infermieristico o fisioterapico, un locale bagno ed antibagno ed una sala di attesa ad uso condiviso.

Possono presentare richiesta di utilizzo del locale, evidenziato in rosso nella planimetria allegata, i professionisti dell'area sanitaria, singoli e/o associati ,in possesso di idoneo titolo di studio e regolare iscrizione al proprio albo professionale, abilitati alla libera professione e titolari di P.IVA.

Il rapporto con la Farmacia Comunale e Servizi Fermo srl sarà regolato da apposito contratto di locazione commerciale, della durata di sei anni, rinnovabili per ulteriori sei anni, alle seguenti condizioni:

- gli spazi vengono locati comprensivi di arredi
- trattandosi di immobile utilizzato da più soggetti, saranno a carico della Farmacia Comunale e Servizi Fermo srl le spese relative a energia elettrica, riscaldamento ed utenza idrica
- saranno a carico della Farmacia Comunale e Servizi Fermo srl le spese condominiali;
- la Tassa Rifiuti e le spese per lo smaltimento dei rifiuti speciale saranno a carico del conduttore;
- il canone di locazione mensile è fissato in € 200,00 IVA inclusa (iva esente) e sarà aggiornato

annualmente in base alle variazioni ISTAT, oltre ad un contributo mensile forfettario fissato in Euro 50,00 quale rimborso per le utenze e oneri accessori;

- sarà onere del Conduttore richiedere eventuali autorizzazioni ad ASL per l'avvio dello studio nei locali;
- eventuali interventi che si rendessero necessari per l'adeguamento dei locali alle normative regionali e nazionali, potranno essere concordati all'Ente.

Sarà possibile visionare l'immobile previo appuntamento con il dott. Luciano Diomedi (0734.622554).

Gli interessati dovranno presentare domanda, redatta secondo il modello allegato al presente avviso. La domanda dovrà essere indirizzata alla Farmacia Comunale e Servizi Fermo srl

Le manifestazioni di interesse devono:

- contenere l'autocertificazione del possesso dei requisiti;
- essere sottoscritte dal soggetto partecipante;
- essere presente unitamente a copia fotostatica non autentica di un documento di identità;

Il plico, con l'indicazione del mittente, dovrà riportare nel frontespizio, o nell'oggetto in caso di domanda inoltrata in via posta elettronica certificata la seguente dicitura "MANIFESTAZIONE INTERESSE STUDIO.

Le istanze dovranno essere presentate entro e non oltre le ore 12:00 del 15.12.2026, prioritariamente a mezzo e-mail, ai seguenti indirizzi:

- 08961@pec.federfarma.it.;
- Farmacia Comunale e Servizi Fermo srl Via Medaglie d'Oro 152 - 63900 Fermo (FM).

Il presente avviso e la relativa documentazione allegata saranno pubblicati sul sito internet della Farmacia Comunale e Servizi Fermo srl e su quello del Comune di Fermo.

Fermo, li 12.11.2026

L'amministratore Unico

DE SANTIS
ANDREA
12.11.2026
08:41:19
GMT+01:00

Pharma.com

ALLEGATO 1 - DOMANDA

AVVISO PUBBLICO ESPLORATIVO PER MANIFESTAZIONE DI INTERESSE IN ORDINE ALLA LOCAZIONE DI UNA PORZIONE DI IMMOBILE AD USO STUDIO SANITARIO

Il sottoscritto …….. nato a…… il …… e residente nel Comune di …….. (…….), in via …….. nr. …….. CAP…… in qualità di……. Codice Fiscale/ Partita Iva …….. recapito telefonico……. e-mail…….. PEC …….

MANIFESTA L' INTERESSE

Alla concessione in locazione della porzione di immobile di cui all' "**AVVISO PUBBLICO ESPLORATIVO PER MANIFESTAZIONE DI INTERESSE IN ORDINE ALLA LOCAZIONE DI UNA PORZIONE DI IMMOBILE AD USO STUDIO SANITARIO**

A tal fine, ai sensi dell' art. 47 del DPR 445/200 e consapevole che in caso di falsità di atti o dichiarazioni mendaci verranno applicate nei suoi confronti, le sanzioni penali previste dall' art. 76 del citato decreto.

DICHIARA

- di richiedere i locali al fine di adibirli, esclusivamente, a studio privato;
- di essere in possesso di idoneo titolo di studio e di essere iscritto all'albo professionale _____ della provincia di _____al n° _____;
- di essere in possesso dei requisiti di ordine generale e di non incorrere nei motivi di esclusione ed in ogni altra situazione che possa determinare l'incapacità a contrattare con la Pubblica Amministrazione;
- di aver preso visione dell' avviso di manifestazione di interesse in ogni sua parte;
- di aver preso conoscenza delle condizioni dei locali, nonchè di tutte le circostanze generali e particolari che possono aver contribuito alla determinazione della candidatura;
- che, nei confronti del sottoscrivente, non è stata pronunciata sentenza di condanna passata in

giudicato, per reati che incidono sull'affidibilità morale e professionale;

- che non esistono cause ostative di cui alle vigenti leggi antimafia;
- di non aver subito sanzioni che comportano il divieto di contrarre con la Pubblica Amministrazione;
- di non avere debiti e/o vertenze legali in corso con la società Farmacia Comunale e Servizi Fermo srl;
- di aver contezza che il rapporto con la Farmacia Comunale e Servizi Fermo srl sarà regolato da apposito contratto di locazione commerciale che avrà durata di sei anni, eventualmente rinnovabili per ulteriore sei, a decorre dalla data stipula dello stesso;
- di essere informato ai sensi e per gli effetti cui all' art. 13 del D.Lgs n. 196 del 30.06.2003, che i dati personali raccolti trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

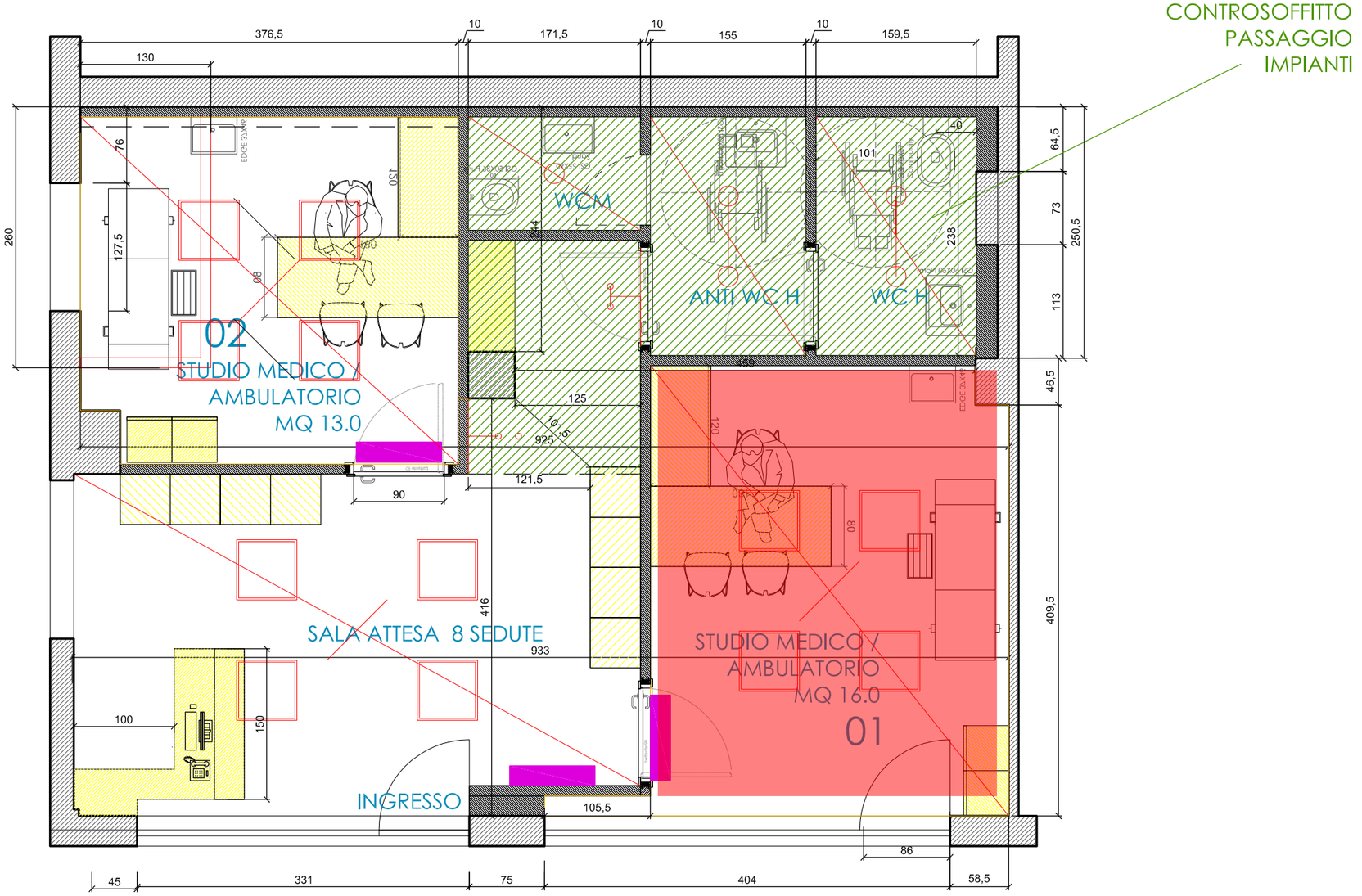
SI ALLEGA DOCUMENTO D' IDENTITA'.

Luogo e data _____

Firma ……

Pharma.com

ALLEGATO 2 – PLANIMETRIA



STUDI MEDICI FERMO / SOLUZIONE **02**

2025_06__03