

**MODULO DI RICHIESTA DI TRASFERIMENTO DEI LOCALI DELLA
FARMACIA**

Farmacia _____
Codice regionale _____
Comune _____
Indirizzo pecmail: _____

Spett.le Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro

Direttore U.O.
Farmaceutica Territoriale

Via _____

OGGETTO: Richiesta di autorizzazione al trasferimento dei locali della farmacia

Il sottoscritto Dott. _____ Titolare /Direttore
della Farmacia denominata _____ Codice fiscale /
Partita IVA _____

RICHIEDE

L'autorizzazione al trasferimento/ampliamento dei locali della Farmacia dalla sede attuale ubicata nel Comune di _____, provincia di Catanzaro, via _____, n. civico _____, presso la nuova sede ubicata in via _____, n. civico _____ dello stesso Comune.

A tal fine allega la seguente documentazione:

- perizia tecnica asseverata da giuramento atta a comprovare che i locali siano ubicati nella sede prevista dalla Pianta Organica e a distanza non inferiore a 200 mt dalla più vicina farmacia, con misurazione da soglia a soglia per la via pedonale più breve;
- planimetria aggiornata dei locali in scala 1:100 con rapporti aero-illuminanti e sezioni (si allegherà altra documentazione per eventuale adeguamento ai regolamenti locali di igiene), completa di organizzazione funzionale degli ambienti;
- certificato di agibilità dei locali da adibire a farmacia rilasciato dal Comune con indicazione della destinazione d'uso;
- certificazione igienico-sanitaria rilasciata dalla competente U.O. di Igiene e Sanità pubblica dell'ASP di Catanzaro;
- dichiarazioni di conformità degli impianti: termico, idraulico ed elettrico ai sensi delle (vigenti normative in materia) L. n° 46/90 e Decreto Legislativo 81/2008 e s.m.i.; (626/94)
- relazione tecnica dell'impianto di condizionamento (ove presente) e delle modalità di controllo della temperatura dei locali;

Con osservanza.

Luogo _____ Data _____

Firma del
Titolare/Direttore Responsabile