FAC SIMILE da redigere su carta intestata della Farmacia

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

MARCA

DA BOLLO

(SECONDO TARIFFA VIGENTE)

Al Direttore

U.O.C. Servizio Farmaceutico

ATS Insubria

PEC protocollo@pec.ats-insubria.it

**OGGETTO: TRASFERIMENTO DI LOCALI**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ legale rappresentante della Farmacia denominata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RICHIEDE

L’autorizzazione al trasferimento dei locali della sede attuale ubicata a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare paese, via, n° civico) presso la nuova sede di:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare paese, via, n° civico)

Data e firma del richiedente

**A tal fine, si allega la documentazione di cui all’allegato.**

**ALLEGATO ALLA DOMANDA DI TRASFERIMENTO DEI LOCALI**

* Perizia tecnica asseverata da giuramento atta a comprovare che i locali siano ubicati nell’attuale zona comunale e distante almeno mt. 200 dalla più vicina farmacia, con misurazione da soglia a soglia per la via pedonale più breve (NON SERVE PER FARMACIA SEDE UNICA);
* Seconda marca da bollo secondo tariffa vigente, per il rilascio di copia conforme della delibera di autorizzazione;
* 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);
* Licenza d’uso o abitabilità/agibilità,
* Dichiarazione a firma del tecnico abilitato sul superamento delle barriere architettoniche (L. 13/89 D.M. 236/89),
* Relazione di collaudo requisiti acustici;
* Certificato di prevenzione incendi o dichiarazione di non assoggettabilità;
* Dichiarazione di conformità alla L. n. 64/74 per le farmacie che ricadono nelle zone sismiche di cui all’elenco D.M. 5.3.1984
* Dichiarazione a firma del tecnico abilitato che i locali della farmacia sono in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di sicurezza elettrica e conformità degli impianti termoidraulici
* Denuncia di installazione di dispositivi di messa a terra di impianti elettrici e verbali di verifiche periodiche ai sensi del D.P.R. 462/01, o della previgente normativa, e successive modifiche ed integrazioni;
* In presenza di impianto di sollevamento, prima verifica e successive ai sensi del DM 11.04.2011;
* In presenza di impianto di condizionamento, dichiarazione di conformità dell’impianto ai sensi della vigente normativa e relazione tecnica che dimostri idonee condizioni di temperatura, filtrazione, velocità dell’aria
* Dichiarazione a firma del tecnico abilitato che i locali della farmacia sono in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di sicurezza anti-infortunistica, di igiene dei luoghi di lavoro
* Nel caso in cui presso la farmacia siano previsti la produzione, il confezionamento, la vendita di prodotti ad uso alimentare (anche se in confezioni originali e sigillate), documentazione relativa al rispetto della vigente normativa in materia di sicurezza alimentare (con particolare riferimento alle procedure di autocontrollo
* Documento di valutazione del rischio in materia di sicurezza e igiene del lavoro.