Modulo n. 5

COLLOCAZIONE FARMACIA

Il sottoscritto ………………………….………………………………………………………………………………………………….…...

in qualità di titolare/direttore tecnico della farmacia ………………………………………….…………………………

dichiara che:

* i locali individuati per la farmacia distano più di 200 m (misurati da soglia a soglia per la via pedonale più breve) dalla farmacia più vicina (indicare quale)
* la farmacia si colloca:
* all’interno della zona prevista dal decreto DGWelfare n. 13928 del 27/12/16
* nella zona prevista dalla delibera di giunta comunale n.
* nelle vicinanze (entro xxx m dalla zona prevista)

in caso di collocazione fuori dalla zona prevista:

si allega dichiarazione del Comune che la collocazione della farmacia risponde alle esigenze di assistenza farmaceutica della popolazione, nelle more di una revisione che ridefinisca in modo coerente e aggiornato i confini delle zone.

In caso di richiesta formale da parte dell’ATS, si produrrà perizia giurata sulla distanza dalle altre farmacie.

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Modulo predisposto RL - DGWelfare**