MODULO 8

CARTA INTESTATA DELLA FARMACIA

Spett.le ATS INSUBRIA

S.C. Servizio Farmaceutico

Dott.ssa Maurizia PUNGINELLI

Via Ottorino Rossi, 9

21100 VARESE

­­­­­­­­­­

­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

OGGETTO: Dichiarazione di disponibilità dei locali per l’ispezione preventiva locali Farmacia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto Titolare/Direttore della Farmacia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ubicata in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in riferimento all’istanza presentata in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COMUNICA

La disponibilità dei locali per l’ispezione preventiva a decorrere dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allegano:

1. **Licenza d’uso o abitabilità/agibilità,**
2. **Planimetria dei locali datata** e firmata da tecnico abilitato e dal committente, in scala 1:100 con indicati i rapporti aereo-illuminanti, le destinazioni d’uso dei singoli locali, le sezioni, le vie di fuga e l’accessibilità ai portatori di handicap**;**
3. **Parere igienico-sanitario preventivo** sulle conformità dell’opera alle vigenti normative di settore
4. **Dichiarazione** a firma del tecnico abilitato sul **superamento delle barriere architettoniche** (L. 13/89 D.M. 236/89),
5. Relazione di collaudo requisiti acustici;
6. Certificato di **prevenzione incendi** o dichiarazione di non assoggettabilità;
7. 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
8. **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
9. **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;
10. **In presenza di impianto di sollevamento**, prima verifica e successive ai sensi del DM 11.04.2011;
11. **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
12. 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
13. 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
14. Documento di valutazione del rischio in materia di sicurezza e igiene del lavoro.

IL DIRETTORE/TITOLARE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DEVE ESSERE SPECIFICATO CHE LA DOCUMENTAZIONE, PREVISTA DALLA PRESENTE COMUNICAZIONE E NON PRESENTATA A CORREDO DELLA STESSA VERRA’ CONSEGNATA AL MOMENTO DELL’ISPEZIONE PREVENTIVA.