



Spett.le Servizio Farmaceutico Territoriale Area Vasta n°1
Via Tazzoli n. 22

REGIONE MARCHE A.S.U.R.
AREA VASTA n. 1 - FANO

26 SET 2018

ARRIVO

Mail anna.resta@sanita.marche.it
Pec aeavasta1.asur@emarche.it

OGGETTO: Richiesta autorizzazione al trasferimento definitivo/provvisorio della farmacia in altri locali nell'ambito della propria sede farmaceutica

Il sottoscritto CAPRINI CLAUDIO Titolare/Direttore Responsabile
 della farmacia DI FOSSOMBRONE DI CAPRINI C. MARINELLI MADDALENI codice regionale n. _____
 ubicata in FOSSOMBRONE via _____ a
C.SO GARIBALDI _____
 _____ consapevole di quanto disposto
 dalla normativa vigente in materia, COMUNO DI FOSSOMBRONE

CHIEDE

l'autorizzazione al trasferimento definitivo/provvisorio della sopraindicata farmacia in altri locali
 nell'ambito della propria sede farmaceutica, ubicati in via _____
FLAVINIA _____ al numero civico _____.

A tal fine allega la seguente documentazione:

A. Perizia tecnica atta a comprovare che i locali scelti sono:

- Ubicati nell'ambito della sede farmaceutica prevista dalla pianta organica vigente (non necessario se la sede è unica);
- Distanti 200 metri dalla più vicina farmacia, con misurazione da soglia a soglia per la via pedonale più breve ai sensi dell'art. 1 Legge 362/1991 (nel caso di criterio topografico distanti 3.000 metri dalle farmacie esistenti anche se ubicate in comuni diversi ai sensi dell'art. 140 comma 1, T.U.L.S. n. 1265/1934, sostituito dall'art. 2, Legge n. 362/1191).

B. Planimetria dei locali datata e firmata in originale da tecnico abilitato e dal Titolare/Direttore Responsabile della farmacia, con indicate le destinazioni d'uso dei singoli locali, le sezioni, le vie di fuga e l'accessibilità ai portatori di handicap.

Regione Marche
Azienda Sanitaria Unica Regionale
 ADD: Registro ASUR AREA VASTA 1 - PROV. _____

0077167 | 26/09/2018
 | ASURAV1 | PROAV1 | A

C. Dichiarazione a firma del Titolare/Direttore Responsabile del numero di addetti contemporaneamente presenti durante l'attività lavorativa in farmacia.

D. Marca da bollo (tariffa in vigore) per il rilascio di copia conforme legale della determina di autorizzazione al trasferimento definitivo/provvisorio della farmacia.

Si impegna inoltre, al fine di consentire a codesto Servizio l'espletamento dell'istruttoria necessaria al rilascio dell'autorizzazione, a trasmettere la comunicazione di fine lavori alla quale saranno allegate le certificazioni di conformità degli impianti e la richiesta di agibilità.

Fossombrone (luogo) 26/09/2010 (data)

FARMACIA DI FOSSOMBRONE
di Caprini C. e Martinelli M. & C. s.n.c.
Corso Garibaldi, 66 - Tel. 0721.714777
61034 FOSSOMBRONE (PU)
C.F. e P. IVA 02579710415
IT 18U0870068290000040179207
E-mail: farmaciadifossombrone@gmail.com

IL TITOLARE/DIRETTORE RESPONSABILE _____
(timbro e firma)

FARMACIA DI FOSSOMBRONE
di Caprini C. e Martinelli M. & C. s.n.c.
Corso Garibaldi, 66 - Tel. 0721.714777
61034 FOSSOMBRONE (PU)
C.F. e P. IVA 02579710415
IT 18U0870068290000040179207
E-mail: farmaciadifossombrone@gmail.com