



Spett.le Servizio Farmaceutico Territoriale Area Vasta n° 1...
Via...TAZZOLI, 15 - 61032 FANO (PU)
Mail..... Pec.....

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

Il sottoscritto ANTONIO REITANO Titolare/~~Direttore~~ Responsabile della farmacia REITANO DOTT. ANTONIO, codice regionale n. 11008, ubicata in via CENTRO PIANELLO 139, a PIANELLO DI CAGLI (PU) consapevole di quanto disposto dalla normativa vigente in materia,

CHIEDE

l'autorizzazione al trasferimento definitivo/~~provvisorio~~ della sopraindicata farmacia in altri locali nell'ambito della propria sede farmaceutica, ubicati in via CENTRO PIANELLO al numero civico 281.

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.

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 allegare le certificazioni di conformità degli impianti e la richiesta di agibilità.

PIANELLO DI CAGLI, 20/06/2018
(luogo) (data)

IL

TITOLARE/~~DIRETTORE~~

RESPONSABILE

Autourso Reitano

FARMACIA REITANO
PIANELLO DI CAGLI (PU)
Cod. Reg. 11008
Partita IVA 11361471003

(timbro e firma)